

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 68

Le Traitement de l'Ulcère variqueux

Travail de la Clinique dermatologique de la Faculté de Médecine
de Bordeaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1933

PAR

Pierre-Jean PROST

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à PARIS (Seine), le 22 janvier 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président.
		SABRAZÈS, professeur	Juges.
		PERRENS, professeur	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 68

Le Traitement de l'Ulçère variqueux

Travail de la Clinique dermatologique de la Faculté de Médecine
de Bordeaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1933

PAR

Pierre-Jean PROST

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à PARIS (Seine), le 22 janvier 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERRENS, professeur	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

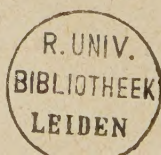
AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pauculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Ortinopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND-MERE

A MA MERE — A MON PERE

A MES SOEURS — A MES FRERES

A MON BEAU-FRERE

AUX DOCTEURS DARDILL ET LAGARDE

Médecins des Troupes coloniales.

A TOUS MES AMIS

A MES ANCIENS COEQUIPIERS DE FOOTBALL,
D'ATHLETISME ET D'AVIRON

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

CHER MAÎTRE,

Vos leçons magistrales, la méthode et la conscience que vous apportez dans l'art de consoler, de soulager et de guérir m'ont été pendant deux ans le plus précieux des enseignements.

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider cette thèse, pour laquelle vous avez bien voulu me guider de vos conseils. Ma dette est grande envers vous, je ne puis que vous assurer de la très grande reconnaissance et de l'admiration respectueuse d'un élève qui a su vous apprécier.

Le Traitement de l'Ulcère variqueux

INTRODUCTION

Bien peu de chapitres de pathologie sont encombrés de théories pathogéniques, de médications aussi nombreuses et aussi diverses que celui de l'ulcère variqueux. Nous ne savons s'il convient d'être admiratif devant tant d'hypothèses hasardeuses et d'essais thérapeutiques sans lendemain, mais une chose est certaine : c'est qu'aucune clarté n'a jailli de toute cette littérature; et si l'on veut s'en rapporter à tous les travaux concernant la question, on ne peut que reconnaître le bien-fondé de l'appellation classique : énigme pathogénique... Ce chaos, comme le fait remarquer Sezary, provient, pour une grande part, « du nombre de données inexactes qui ont compliqué le problème depuis une vingtaine d'années » et aussi, nous semble-t-il, parce que souvent on confond et on place dans le même cadre ulcères variqueux, ulcères de jambe et ulcérations spécifiques (syphilitique, tuberculeuse, mycosique, diabétique). Il convient donc, pour éviter toute équivoque, de prendre position : dans ce travail nous n'envisagerons que l'ulcère variqueux, c'est-à-dire l'ul-

cère manifestement en rapport avec un état variqueux du membre sur lequel il évolue; et de cette affection que l'on a rendue si complexe, seul nous intéressera le traitement que, pour plus de clarté, nous limiterons aux seules modalités que nous avons vu employer avec succès dans le service de clinique dermatologique de notre maître M. le Professeur Petges.

Avant de passer au traitement proprement dit, nous croyons utile et nécessaire de donner rapidement quelques précisions indiscutables sur la nature de l'affection que nous nous proposons de traiter, en faisant volontairement abstraction de toute considération dont l'intérêt ne serait que spéculatif et dont on ne pourrait tirer de conclusion du point de vue pratique. Il nous paraît, en effet, inutile d'ergoter sur des théories reconnues fausses ou qui n'ont pas fait leurs preuves, comme de rappeler tous les procédés, tant médicaux que chirurgicaux, inefficaces et oubliés.

Dans le chapitre I^{er}, nous étudierons l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère variqueux et les causes de sa chronicité.

Dans le chapitre II, nous exposerons le traitement prophylactique de l'ulcère basé sur l'étiologie et la pathogénie.

Dans le chapitre III, enfin, son traitement curatif tel qu'on doit le concevoir actuellement.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE, PATHOGENIE ET CAUSES DE LA CHRONICITE DE L'ULCERE VARIQUEUX

I. — *Étiologie et Pathogénie.*

En dermatologie, comme en médecine générale, la thérapeutique doit être avant tout étiologique et pathogénique. Recherchons donc les causes immédiates ou lointaines des ulcères variqueux.

L'affection se produit chez des sujets porteurs de varices plus ou moins développées ou antérieurement atteints de phlébite, jeunes ou vieux, mais ayant en général dépassé la quarantaine. Il est toujours possible de trouver à l'origine de l'ulcère une solution de continuité épidermique se développant sur ces lésions préulcéreuses décrites par Favre et ses élèves, Contamin, Martine et Chaix, sous le nom « d'angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs ». C'est tantôt un traumatisme externe, quelquefois minime (heurt du talon, pincement de la peau par un bas à varices), tantôt une varice qui se rompt, tantôt une ulcération pyodermique, tantôt une érosion due à l'application d'un topique trop irritant, etc.

La perte de substance ainsi produite, au lieu de se cicatriser comme elle le ferait chez un sujet normal ou sur les membres supérieurs du malade lui-même, ne se répare pas. Au contraire, elle s'agrandit assez rapidement et s'infecte. Quand l'ulcère a atteint une certaine dimension, il ne s'étend plus que lentement ou bien il demeure stationnaire. Non traité,

il peut durer indéfiniment. En effet, comme l'indique la définition classique, il ne guérit jamais spontanément. A la longue, surtout chez les gens malpropres, il se complique de lymphangite chronique, d'œdème, d'éléphantiasis, de dermo-sclérose, de papillomatose, etc.; finalement, comme l'a établi Jeanselme dans sa thèse, tous les éléments anatomiques du membre sont lésés. Aussi bien les troubles fonctionnels s'aggravent progressivement et ils aboutissent, dans les formes invétérées, à une impotence complète.

Il n'y a aucun doute que dans la pathogénie de cette affection la *gêne de la circulation veineuse* ne joue un rôle des plus importants. Les causes occasionnelles que nous avons signalées (traumatisme, pyodermite, etc.) ne sont efficientes que sur un membre atteint de varices. Chez un sujet non variqueux n'ayant jamais souffert de phlébite, fût-il cachectique, œdémateux ou syphilitique, ces mêmes causes ne suffisent pas à produire un ulcère; il nous paraît inutile d'insister sur ce point. Mais dire « ulcère variqueux », c'est en fait supposer, et de même pour les autres complications dites variqueuses, qu'il est sous la dépendance des seules varices. Pareille conception ne répond pas à la réalité; un second élément étiologique intervient, et non moins considérable que la stase veineuse, c'est l'*infection locale*; un ulcère en voie d'extension est *toujours très infecté* : l'examen microbiologique montre à sa surface une flore bactérienne des plus variées, et parmi les germes de toutes sortes que l'on a pu déceler, rarement très virulents d'ailleurs, aérobies, anaérobies, il en est un qui semble jouer un rôle prépondérant, c'est le streptocoque, au point que Sabouraud a pu définir l'ulcère : « un chancre streptococcique chronique ». De fait, les germes les plus divers trouvent sur cette plaie mal irriguée un milieu de culture tout à fait propice à leur pullulation. Cette infection, d'une part s'oppose à la cicatrisation de la lésion, d'autre part est à l'origine de la plupart des altérations inflammatoires qui peu à peu vont atteindre tous les tissus du membre.

Mais ce que nous venons de dire n'explique pas pourquoi certains variqueux sont sujets plus que d'autres à avoir des ulcères dont l'apparition, il est essentiel de le noter, n'est pas toujours en rapport ni avec le volume des varices ni avec leur nombre; ce fait d'observation nous porte à nous demander si les « varices à ulcères ne présentent pas de lésions autres que la simple dilatation pathologique et permanente ». Laissons la parole à Favre : « Ce que l'on constate chez ces malades (les porteurs d'ulcères), ce ne sont pas, nous le répétons, de grosses varices, mais ce sont des veines dont les parois sont manifestement dures, qui paraissent parfois creusées dans un tissu compact et résistant et qui sont engainées d'infiltrations cellulitiques diffuses; ce sont enfin des veines dont le trajet est fréquemment indiqué par un réseau pigmentaire qui le souligne. Ce sont surtout des veines qui présentent, en de multiples points de leur trajet, des épaississements nodulaires ou cylindroïdes très apparents, et qui, sur de grandes longueurs, donnent au doigt qui les explore l'impression qu'elles sont transformées en cordons pleins, noueux et bosselés » (« veines en ciment armé de Favre »). « Ces constatations nous font conclure que ce ne sont pas toutes les varices qui produisent la dermite et l'ulcère dit « variqueux », mais bien des varices spéciales dans lesquelles l'élément d'inflammation chronique créant l'induration de la veine et l'épaississement de ses parois est au premier plan. Il ne s'agit plus de varices, on est ici en présence de véritables phlébites chroniques. » C'est sur de semblables varices que très fréquemment des poussées se produisent rendant plus manifeste une inflammation subaiguë très torpide, longtemps méconnue, et dont les phlébites dites variqueuses ne sont qu'un épisode révélateur. L'anatomie pathologique apporte bien des preuves en faveur de l'inflammation périveineuse, malheureusement elle ne permet pas de préciser sa nature. L'arthritisme, l'alcoolisme, les intoxications, les états diathésiques, invoqués par Forgue, ne paraissent jouer aucun rôle. Il n'en est pas de même des infections, qu'elles soient d'origine banale ou d'origine syphilitique.

Infections banales. — Celle qui paraît être le plus importante est la fièvre typhoïde. Il y a fréquemment une phlébite typhique ou une typhoïde dans les antécédents des variqueux porteurs d'ulcères. L'infection puerpérale est bien moins souvent en cause. Enfin quelquefois on ne trouve pas l'origine de cette périphlébite à bas bruit des petites veines, et on en est réduit à des hypothèses. Delater et Hügel incriminent « une flore intestinale voyageuse... »

La syphilis. — Deux éventualités : ulcère variqueux et syphilis; ulcère syphilitique et varices. Le mécanisme de l'ulcère peut être le suivant : mésophlébite dissociante et vascularisation inflammatoire strictement spécifique de la tunique moyenne; les lésions aggravant les dilatations veineuses peuvent avoir un effet dystrophique et mortifiant sur un point déterminé du revêtement cutané, déjà gêné par la stase veineuse dans ses conditions de nutrition. L'ulcère dans ce cas ne diffère pas de l'ulcère variqueux banal, mais son traitement bénéficie grandement d'une médication spécifique (Tripier, Letulle, Favre). Il n'en diffère pas non plus quand il est consécutif à la production par la rupture d'une ectasie veinulaire syphilitique d'un foyer hémorragique interstitiel (Gougerot) ou d'angiodermite pigmentée et purpurique (Favre). Quand, au contraire, l'ulcère chez un variqueux procède d'un ensemencement tégumentaire par le virus lui-même, que celui-ci ait déterminé une gomme ou de multiples foyers de nécrose superficielle, il a les caractères de l'ulcération spécifique si l'infection secondaire ne les masque (forme syphilo-streptococcique fréquente); il reste cependant dans le cadre de notre étude pour la part que peut prendre la maladie veineuse dans sa chronicité, et dans sa résistance au traitement spécifique, tant qu'on ne conjugue pas ce dernier avec un traitement de la lésion variqueuse.

La fréquence de la syphilis dans l'ulcère variqueux mériterait des précisions, étant donnée l'importance de pareil diagnostic du point de vue thérapeutique. Malheureusement, les opinions sont diverses. Lecène, qui a une grande expérience

de la question, signale que l'application du traitement anti-syphilitique systématique aux ulcères chroniques fait que le nombre de ces malades, qui autrefois encombraient son service de Saint-Louis, est actuellement très minime. Cette influence heureuse du traitement spécifique s'observerait dans environ 80 p. 100 des cas. Tel est également l'avis de Gernez, de Paul Moure, de Leriche, de Favre et ses élèves; et si l'on s'en rapporte aux travaux de ces auteurs, on ne peut qu'être frappé du grand nombre de malades qui présentent soit des signes de syphilis, soit des réactions sérologiques positives, ou qui se trouvent améliorés, guéris le jour où, malgré un examen complètement négatif, on institue un traitement d'épreuve. La thèse de Chaix (Lyon, 1926) nous paraît à cet égard des plus instructives.

Selon Sezary, par contre, le rôle de la syphilis serait presque nul, les succès du traitement spécifique ne prouveraient rien, ils s'expliqueraient par un choc (alassothérapie). Campredon, de même, citant une statistique de P. Bourggraff relevée à l'hôpital de Charonne et portant sur 241 cas, ne signale la syphilis que dans 4 p. 100 des cas. Ces chiffres, il est vrai, ne sont basés que sur un B.-W. négatif.

Les cas observés à la clinique dermatologique du Professeur Petges ne nous permettent pas de nous prononcer. Mais quel que soit le pourcentage exact d'ulcères dans lesquels intervient la syphilis directement ou indirectement, nous nous rallions aux conclusions de Descomps et de Chaix : « il faut élargir cliniquement l'exploration » des malades porteurs d'ulcères, leur « examen ne doit pas s'arrêter à la hauteur du genou »; et quel que soit le bien-fondé de l'importance accordée par certaines théories pathogéniques au manchon de périphlébite banal ou spécifique, il ne diminue en rien le rôle de la simple dilatation, de l'insuffisance veineuse, car l'ulcère ne se produit que là où cette insuffisance se manifeste plus particulièrement, c'est-à-dire aux membres inférieurs, et à la base de cet « appel » microbien, bactériopexie, comme l'appelle Noël Fiessinger, il y a la stase vei-

neuse due aux *varices*, qu'un traitement rationnel de l'ulcère ne doit jamais perdre de vue.

Telles sont, rapidement exposées, les causes qui provoquent un ulcère variqueux. Mais aussi intéressantes à signaler sont les raisons de sa résistance aux traitements habituels des plaies, les raisons de sa chronicité, désespérante pour le malade et pour le médecin.

*
* *

II. — *Causes de sa chronicité.*

Pour expliquer pourquoi l'ulcère variqueux ne présente pas cette tendance spontanée à la guérison des plaies ordinaires, il suffit de se rappeler qu'il ne se produit pas sur un membre sain, mais qu'il est précédé et accompagné de troubles mécaniques, trophiques, inflammatoires, qui retentissent les uns sur les autres. Stase; infection, mauvaise circulation, tout concourt à rendre infirmes les tissus, qui tous peuvent être touchés. Il y a, selon l'expression de Broca, « échange de mauvais procédés d'artère à veine, de veine à nerf, de nerf à os, d'os à peau. »

La *peau* présente une pigmentation spéciale : ocre, chamois, rouge, violacée, aubergine, traduisant l'inflammation et l'infiltration hémorragique du derme.

L'*épiderme* aminci, pelliculaire, présente des signes de kératinisation anormale : petites squames fines, furfuracées ou lamelleuses; l'ongle peut y tracer une raie squameuse. Ce sont ces lésions auxquelles une terminologie peu exacte a donné le nom d'eczéma variqueux et qu'il serait plus juste, selon Favre, d'appeler « parakératose satellite de la dermite pigmentée ». Le *derme* est le siège d'une infiltration hémorragique des petits vaisseaux : « angiodermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs » de Favre. Presque toujours il y a des troubles des phanères : chute des poils,

onychogryphose. Dans son ensemble, la peau est le plus souvent infiltrée et dure. Elle peut se modifier dans le sens de l'hyper ou de l'atrophie. Dans le premier cas est réalisé l'ulcère calleux à bords épaissis, ligneux, saillants, à pente douce du côté cutané, à pente rapide du côté de l'ulcère, variété particulièrement tenace. Chez d'autres sujets, au contraire, la peau est le siège d'une atrophie scléreuse qui le déborde souvent pour s'étendre aux tissus voisins; elle est dure, rétractée, collée aux tissus sous-jacents qui font corps avec elle. La jambe a un aspect vraiment sclérodermique et elle présente cette allure particulière qui lui a valu le nom de jambe de coq (Dubreuilh). Les processus inflammatoires sont des plus divers et ils conditionnent les différences que l'on peut constater d'ulcère à ulcère : coulées de lymphangite, traînées érysipélateïdes, pyodermite, angiodermite en placards, réticulée ou lenticulaire, ulcères suppurés, nécrotiques, gangréneux, pseudo-membraneux, térébrants, etc. Rappelons la fréquence du streptocoque, son association possible, particulièrement redoutable avec le tréponème (ulcère syphilo-streptococcique de Favre) et les anaérobies.

Le *tissu cellulaire* est parfois le siège de réactions particulièrement intenses. L'exploration cutanée montre sans peine que la peau a perdu sa souplesse normale, elle est comme cartonnée, on peut difficilement la soulever des plans sous-jacents et la pincer entre les doigts, toute mobilité du derme peut avoir disparu, une véritable symphyse dermo-aponévrotique s'est ainsi établie. Il est des cas où l'induration et les adhérences pathologiques sont telles que sur de larges surfaces la jambe malade est comme gainée de cuir. Ces lésions de cellulite sont visibles à la simple inspection du membre que déforment de larges coulées, masquant les dépressions périarticulaires, donnant à la jambe un aspect massif éléphantiasique. Cette cellulite peut se compliquer d'organisation fibreuse, comme elle peut aboutir à une sclérose rétractile enserrant vaisseaux et nerfs. Cette cellulite en général est douloureuse à l'exploration et spontanément au

point d'être parfois une cause d'insomnies. A la longue, les muscles eux aussi sont atteints (atrophie et myosite interstitielle), de même que les *artères* (sclérose) et les *nerfs* (névrite extra et intrafasciculaire). Nous rappelons les troubles sensitifs et sympathiques qui sont à la base de la théorie névritique; quant aux troubles des réflexes, il semble qu'on doive les mettre sur le compte de la syphilis au même titre que la périostite. Nous avons déjà dit l'importance des *lésions veineuses* (insuffisance, périphlébite), nous n'y reviendrons pas. Signalons cependant qu'il convient de faire une distinction entre les varices présentant des lésions définitives (qu'il est indiqué de supprimer par l'oblitération) et celles dont la dilatation encore au début est susceptible de régresser sous l'effet d'un traitement approprié.

Nous avons voulu montrer par cette revue, d'ailleurs rapide, des lésions d'accompagnement de l'ulcère variqueux, que nous ne sommes pas en présence d'une banale perte de substance posée sur un membre sain porteur de varices, mais d'un ensemble complexe où s'enchevêtrent troubles mécaniques trophiques et inflammatoires, si bien qu'il devient difficile de faire la part exacte des uns et des autres. Nous avons insisté sur ces lésions parce qu'on les néglige habituellement; primitivement curables, elles peuvent être telles que toute thérapeutique devient illusoire. Du point de vue pratique elles ont leur importance, elles conditionnent en grande partie la curabilité de l'ulcère; c'est pourquoi il ne faut jamais les ignorer dans le traitement.

CHAPITRE II

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE L'ULCERE VARIQUEUX BASE SUR L'ETIOLOGIE ET LA PATHOGENIE

Puisque nous avons précédemment conclu à l'existence d'une relation de cause à effet entre les varices et l'ulcère variqueux, il faut donc chercher à traiter les varices, à en prévenir l'apparition ou combattre, quand elles sont constituées, la stase veineuse qu'elles provoquent.

1° *Prévenir l'apparition des varices.* — Les varices — celles du moins qui nous intéressent ici — entraînent après elles le qualificatif d'« essentielles », ce qui nous éclaire sur l'ignorance où nous sommes de leur étiologie. Cependant c'est un fait d'observation courante que les varices peuvent être consécutives à une phlébite, d'origine typhique le plus souvent, puerpérale, ou postopératoire. Dans ces cas, sont indiquées les cures thermales (hydrothérapie, massage, etc.), et toutes les médications des phlébites. Mais les varices peuvent encore être dues à des troubles glandulaires, sympathiques, comme le prouvent les poussées variqueuses qui surviennent parfois pendant les grossesses et à la ménopause, comme le prouvent encore les varices des acromégales. Ceci légitime donc le traitement opothérapique.

2° Enfin, quand l'état variqueux est constitué, il importe de faire les distinctions suivantes :

a) En présence des varices — dilatations permanentes — atteintes de lésions définitives et dont l'insuffisance est révélée par les signes de Trendelenburg, de Schwartz, l'épreuve du lien de Delbet et Mocquot, ces varices, il importe de les

traiter, de les supprimer par les injections sclérosantes; si le malade s'y refuse ou ne peut se soumettre à cette cure radicale, il faut au moins traiter la stase variqueuse, repos, bas à varices, bande élastique.

b) Mais chez un même malade toutes les veines ne sont pas au même stade; à côté des vraies varices il est des veines qui sont simplement dilatées, en état d'insuffisance progressive : leurs lésions évolutives sont susceptibles de régresser avec un traitement approprié s'adressant à la fibre lisse, aux glandes endocrines, au sympathique : *médication léiotonique, opothérapie, cures thermales*. Ces divers traitements s'expliquent si l'on veut se rappeler que les veines, par leur musculature lisse, sont sous la dépendance du sympathique et des glandes endocrines, de même d'ailleurs que tous les organes à fibres lisses de l'économie, comme le prouvent le syndrome de léiasthénie décrit par Loeper et Baumann, le syndrome d'insuffisance paroxystique douloureuse aiguë avec déséquilibre neuro-végétatif décrit par Delater.

Ceci étant, il n'entre pas dans nos vues ni dans le cadre de ce travail d'exposer longuement un traitement des varices. Ce sont de simples indications que nous voulons donner sur des moyens thérapeutiques qui nous paraissent mériter qu'on ne les néglige pas en pratique.

I. — *Médicaments vaso-constricteurs et léiotoniques.*

On emploie le plus souvent, et selon leur posologie habituelle, des teintures ou des extraits de noix vomique, d'hamamelis, de marron d'Inde, quelquefois aussi d'hydrastis et de viburnum. Ces extraits agissent sur la commande nerveuse ou directement sur la fibre lisse qu'ils « dopent » et dont ils relèvent la tonicité déficiente. Leurs effets sont transitoires, parce qu'ils n'atteignent pas la cause de la défaillance veineuse. Ce sont néanmoins de bons adjuvants que l'on devra toujours prescrire seuls ou associés aux extraits opothérapiques.

II. — *L'opothérapie.*

Par l'opothérapie on cherche à remédier à l'insuffisance fonctionnelle d'une glande par des extraits dosés de cette glande. Pour les bien traiter, il est indispensable de savoir bien discriminer par un interrogatoire et une inspection bien conduits les divers troubles apportés dans l'organisme par l'insuffisance ou l'excès de chaque fonction glandulaire.

En pratique, il faut considérer que les troubles glandulaires sont souvent intriqués l'un dans l'autre avec une confusion qu'il est d'autant plus difficile de démêler qu'ils sont plus frustes; aucune glande, en effet, n'exerce son activité sans retentir sur celle des autres et toutes sont associées en une synergie étroite, l'amoindrissement de l'une d'elles s'accompagnant souvent de l'effort correcteur d'une ou de plusieurs autres. Il convient dès lors de ne pas rester exclusif dans le choix de l'agent opothérapique destiné à modifier un syndrome le plus souvent mixte, mais d'adapter au contraire, une médication polyvalente et passe-partout, composée d'extraits de thyroïde, d'hypophyse et de surrénale. On ajoutera à ces extraits, selon les besoins, des extraits d'ovaire chez la femme, de testicule chez l'homme, de parathyroïde et de pancréas. On donnera de préférence ces extraits à petites doses mais longtemps continuées (20 jours par mois, en dehors des règles chez la femme). On prescrira, par exemple, des comprimés avec de la poudre titrée de thyroïde 0 g. 003, d'hypophyse totale 0 g. 013, de surrénale 0 g. 02, d'ovaire 0 g. 03, de testicule 0 g. 035, de parathyroïde 0 g. 004, de pancréas 0 g. 4; on pourra ajouter des extraits de marron d'Inde d'hamamelis, si on ne fait pas prendre ces médicaments en gouttes.

Ces comprimés seront donnés une demi-heure avant les repas au nombre de 2-4 par jour. Nous ne donnons ces doses qu'à titre d'indication; en pratique il faudra savoir faire varier et la nature des extraits opothérapiques et leur quan-

tité et on n'arrivera que par tâtonnements à les déterminer au mieux.

Pour les résultats que l'on peut tirer de la médication opothérapique, disons qu'en général on constate une amélioration des troubles glandulaires. L'insuffisance veineuse n'est enrayée que si le traitement agit avant que la musculature veineuse n'ait fléchi définitivement; à ce stade les troubles endocrino-neuro-végétatifs peuvent s'amender sans que les ectasies en bénéficient d'aucune façon.

Quiserne aurait obtenu des améliorations par l'extrait de pancréas et Bourggraff R. n'aurait pu venir à bout d'un ulcère variqueux que grâce à des extraits parathyroïdiens.

III. — *Cures thermales.*

Il est de nombreuses eaux thermales capables — par leur forte radioactivité ou à cause de certains éléments minéraux dont les effets thérapeutiques sont encore mal connus — d'agir d'une manière heureuse sur un système veineux insuffisant, cependant il est de tradition, peut-être parce que ces stations sont spécialisées dans les maladies des veines, — les seules croyons-nous en France — d'envoyer les variqueux et les phlébitiques à Bagnoles-de-l'Orne (Normandie), à Barbotan (Pyrénées), à La Lechère (Alpes). Toutes trois ont une efficacité égale sans qu'il nous paraisse encore possible de donner à l'une ou à l'autre la prééminence, ni de dire si chacune d'elles a des indications particulières. Aussi, sans entrer dans le détail de la pratique thermale, disons simplement les effets que l'on est en droit d'en attendre.

Action physiologique. — Le régime, le massage, l'ingestion d'eau sont de précieux adjuvants, mais c'est le bain qui est l'essentiel de la cure. Il a une action locale immédiate comme le prouvent les phénomènes de constriction que l'on peut observer du côté des veines et des petites varices qui se creusent en rigole sous la peau. Cette action

s'étend à la peau et à tous les organes à fibres lisses de l'organisme : intestin, uretère, vessie, etc.

La cure retentit également sur l'état général comme le prouvent les crises thermales qui peuvent survenir.

Mais plus difficile à analyser est l'influence, incontestable cependant, de l'eau sur les glandes endocrines; elle se manifeste plus particulièrement sur les glandes génitales et la thyroïde, mais on doit supposer qu'elle s'étend également à l'hypophyse et aux surrénales, toutes ces glandes réagissant les unes sur les autres. Basedow frustes provoqués, myxœdèmes bénins améliorés, pubertés et ménopausés facilités, règles accélérées, ce sont là les modifications que l'on observe le plus souvent du côté des glandes endocrines.

Sous la dépendance étroite des endocrines le système nerveux sympathique subit une stimulation parallèle, et l'action des eaux sur les fibres lisses s'éclaire de ce fait : la stimulation sympathique augmentant le tonus de la fibre musculaire lisse, facilite sa contraction. Ainsi s'expliquent les contractions veineuses, la constipation spasmodique, les algies veineuses urétérales et vésicales.

Effets thérapeutiques. — Avec un traitement bien compris, des varices au début peuvent complètement disparaître. Si elles sont anciennes, les plus petites veines dilatées redeviennent normales, les plus grosses ne sont pas modifiées. Peuvent également disparaître les ulcères et les eczémas dits variqueux à condition que ces complications ne soient pas trop anciennes. Dans tous les cas : résultats excellents : la douleur, les impressions de lourdeur disparaissent, les œdèmes s'atténuent et la circulation est facilitée. Enfin il faut savoir que l'amélioration observée à la suite d'une cure n'est définitivement acquise qu'après 1 ou 2 cures ultérieures espacées de 9-10 mois et à la condition que les malades se soignent une fois rentrés chez eux, selon les conseils de leur médecin traitant.

*
* *

Quels résultats peut-on attendre de ces diverses médications? Il n'est pas possible de l'évaluer avec exactitude. Cependant elles contribuent à améliorer l'état général (troubles sympathiques et glandulaires), l'état trophique et circulatoire du membre (diminution des œdèmes, guérison de l'ulcère, des séquelles phlébitiques, disparition des petites veines évoluant vers l'insuffisance). A ce titre elles sont à conseiller aussi bien aux malades menacés de devenir variqueux, qu'à ceux qui ont des varices et des ulcères; il semble bien qu'elles aient une valeur indéniable puisque les gens de la classe pauvre qui n'y pensent pas, et ne peuvent pas traiter leurs lésions avant qu'elles ne soient définitives sont ceux qui paient le plus lourd tribut aux varices et à leurs complications.

Mais il ne faut pas non plus se faire illusion et prêter à l'opothérapie et aux cures plus qu'elles ne peuvent donner. On doit, pour en espérer quelques résultats, les conseiller en temps voulu : grossesse, ménopause, après les infections graves, etc. On ne doit pas compter sur leur seule action, mais la renforcer par les prescriptions suivantes qui procureront souvent aux malades un grand soulagement :

1° Porter un bas à varices : donner la préférence aux bas tricotés dont les mailles s'enchaînent en longueur et en largeur, si bien qu'il suffit d'exercer une traction sur leurs extrémités pour resserrer leur circonférence. Ils seront suspendus à des jarretelles prenant attache à la ceinture. Si dans la journée ou le soir ils étreignent trop fort les régions sus-malléolaires infiltrées, ils seront relâchés par simple détente des jarretelles. Ces bas sont souples et minces, presque invisibles même sous un bas de soie. De plus, ils sont lavables.

Eviter le bas caoutchouté : compression trop vigoureuse quand ils sont neufs, insuffisante quand ils sont usagés, et risque de lésions cutanées par macération de la peau.

2° Eviter l'immobilité en station verticale. Rechercher le repos allongé.

3° La nuit dormir les talons surélevés; prendre si possible cette position plusieurs fois dans la journée.

4° Ne pratiquer que les exercices activant la chasse sanguine par les contractions rythmées des muscles de la jambe. Recommander particulièrement la marche à pas cadencés (allure moyenne, chaussures confortables, talon demi-botier pour les femmes, s'il y a lieu semelles intérieures pour soutenir l'affaissement de la voûte plantaire).

5° Encourager une certaine gymnastique, de préférence abdominale et respiratoire, sous la réserve qu'elle favorise la circulation de retour et qu'elle soit pratiquée le matin à jeun.

6° Conseiller les aspersions alternées d'eau chaude et froide sur les jambes et les cuisses (séances de 3-10 minutes); qui aident, par la succession de relâchement et de contraction qu'elles déterminent, la fibre lisse des muscles-veineux à retrouver une certaine tonicité.

*
* *

Enfin, si l'on ne réussissait pas à enrayer l'insuffisance veineuse, il reste encore une ressource : la cure radicale des varices par les injections sclérosantes selon la méthode de Sicard, sans risques, et comportant le plus souvent des résultats excellents, rapides et durables; ce qui lui a valu un essor considérable. La méthode cependant connaît aussi des succès et des récives fréquentes, surtout chez les malades d'hôpital.

CHAPITRE III

RECHERCHE D'UN TRAITEMENT RATIONNEL DE L'ULCERE VARIQUEUX

Dans ce chapitre, nous exposons le traitement de l'ulcère variqueux tel qu'il est couramment appliqué par le Professeur Petges dans le service de clinique dermatologique de l'Hôpital du Tondu.

Un traitement rationnel doit combattre l'infection de l'ulcère, favoriser la circulation, supprimer toute stase veineuse du membre variqueux, en un mot améliorer le trophisme de tous les tissus atteints. L'infection doit passer au premier plan dans le traitement; pas de cicatrisation possible tant qu'elle persiste. Elle règle donc la marche à suivre : dans un premier temps on cherche à obtenir la détersion et la désinfection aussi complètes que possible de l'ulcère et de tout le membre. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'on peut espérer la cicatrisation, soit par les greffes, soit par le traitement ambulatoire, procédés qui ont tous deux leurs indications.

I. — *Désinfection. — Détersion.*

Beaucoup de malades arrivent à l'hôpital profondément infectés et dans un état de propreté très douteuse. Ils subissent, dès leur entrée, un nettoyage complet : savonnage et bain général dans une solution de sulfate de cuivre de 0,50 à 3 pour 1.000; antisepsie aussi soigneuse que possible de la jambe, du pied et des orteils à l'éther ou à l'alcool; attouche-

ment des régions atteintes de pyodermite avec des compresses imbibées de la solution de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc (à 15 grammes pour 300 d'eau distillée) diluée à raison d'une cuillerée à soupe pour un verre d'eau.

Pour déterger l'ulcère, le Professeur Petges nous l'a appris et nous avons pu le constater dans ses salles maintes fois, nous avons deux moyens très simples et très efficaces : les pansements humides et la manœuvre du double crayon.

LES PANSEMENTS HUMIDES. — Les pansements humides employés sont à l'eau boratée oxygénée au 1/5. Ces pansements, pour donner de bons résultats, doivent être fréquemment renouvelés, deux fois par jour au moins (trois fois au début et tant que l'infection est importante). Il faut, en effet, se rappeler que le pansement humide abandonné et décrié par les chirurgiens est un mauvais procédé des plaies suppurantes s'il n'est pas renouvelé assez fréquemment : il favorise alors la pullulation microbienne, se transforme en bouillon de culture et par la macération qu'il produit entretient et étend l'infection au lieu de l'enrayer. A chaque pansement : nettoyer, décaper l'ulcère à l'éther, le débarrasser de l'enduit sanieux, des caillots, croûtes, débris purulents ou sphacelés qui le recouvrent ; attoucher avec la solution déjà indiquée de sulfate de cuivre et sulfate de zinc les lésions de pyodermite. En général, par ce moyen, même avec des ulcères très infectés, et sans le concours de bactériophage ni de vaccins, au bout de huit jours environ, la détersion est complète, il n'y a plus de lymphangite, plus de trace d'inflammation aiguë ou subaiguë (seule subsiste la dermite), l'infiltration a diminué dans de notables proportions, l'ulcère présente l'aspect d'une plaie de bon aloi dont il est permis d'escouter la cicatrisation complète et rapide, soit par la greffe, soit par le traitement de Bourggraff. Il est vrai qu'à l'hôpital la compression modérée, l'immobilisation au lit, les jambes étant surélevées par rapport au siège, ne sont pas sans influencer sur la rapidité de ce premier temps du traitement et nous avons remarqué que chez les malades (ceux de l'exté-

rieur) soignés par les mêmes pansements mais d'une façon ambulatoire, les mêmes résultats ne s'obtenaient qu'au bout de 12-13 jours. L'immobilisation donc, en favorisant la circulation de retour, accélère la détersion de l'ulcère et sa désinfection, aussi devra-t-on la conseiller, au moins au début du traitement, chaque fois que le malade pourra s'y soumettre sans inconvénients.

LA MANŒUVRE DU DOUBLE CRAYON. — C'est un vieux procédé trop oublié de beaucoup, très simple et qui évite d'avoir recours à l'excision, au curettage, à la scarification (qui sont assez souvent suivis de poussées inflammatoires). Il consiste en une double cautérisation au crayon de nitrate d'argent et au crayon de zinc. On l'utilisera pour irriter et aviver la plaie, dans les ulcères atones, à bords et à bourgeons calleux, dans les ulcères nécrotiques, pseudo-membraneux, et surtout si l'on veut procéder à une opération de greffe (on laissera dans ce cas un intervalle de deux jours entre la cautérisation et la greffe).

II. — *Les greffes.*

Le plus souvent on peut obtenir une bonne cicatrice par le traitement ambulatoire; parfois cependant si l'ulcère est ancien, la perte de substance considérable, le trophisme du membre précaire, ce traitement peut faire redouter un échec, il est alors indiqué et indispensable de faire des greffes.

Les procédés les plus employés pour l'ulcère variqueux sont les greffes épidermiques de Reverdin et dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch. On emploie aussi la greffe cutanée totale de Wolfe, les greffes épidermiques selon le procédé de Halstead-Davis, et en godet selon le procédé d'Alglave.

Les greffes dans l'ulcère variqueux ont la réputation d'être délicates, de comporter des résultats très aléatoires malgré tous les soins que l'on peut prendre (curettage, excision préalable, bouillons vaccins, pommades cicatrisantes, poudre à l'insuline, pansements spéciaux, etc.). Aussi les procédés se

sont-ils multipliés à l'infini, compliqués de petits détails de technique. Les statistiques publiées n'en sont pas plus brillantes et admettent toutes les insuccès et les récidives comme une chose naturelle. C'est là une légende — comme beaucoup d'autres classique — dont nous nous demandons la raison; le Professeur Petges a coutume de dire qu'il faut le faire véritablement exprès pour qu'une greffe ne prenne pas; et de fait, dans le Service de dermatologie de l'Hôpital du Tondu, jamais encore il ne nous a été donné de voir un seul insuccès de greffe pour ulcère variqueux.

Les procédés employés sont de Reverdin et d'Ollier-Thiersch selon leur technique habituelle. Nous avons dit comment on obtenait par les pansements humides une détersion rapide que l'on rend plus parfaite par une manœuvre au double crayon deux jours avant l'opération. Le Professeur Petges insiste sur les points suivants : il est nécessaire de procéder avec l'antisepsie la plus rigoureuse, tout comme s'il s'agissait d'une opération de grande chirurgie. De même pour les pansements, ils ne seront faits qu'avec des gants, instruments et champs stériles; ils devront être aussi peu traumatisants que possible; les tampons de gaze qui recouvrent les greffes devront être au préalable imbibés de sérum isotonique, ils devront être décollés et non arrachés.

Résultats. — En prenant ces précautions le plus souvent dans les cas moyens les greffes prennent en 15-22 jours (procédé de Reverdin) et 25-30 jours (procédé de Thiersch); la cicatrisation est complète et le malade peut sortir de l'hôpital. Ce chiffre ne constitue pas la moyenne de durée du traitement de tous les malades, mais seulement la moyenne de la plupart d'entre eux, 73 p. 100 environ. Il en est quelques-uns présentant de vastes ulcères qui doivent être greffés en plusieurs fois, et si nous n'avons jamais vu d'insuccès, nous avons cependant vu chez deux malades les greffes être éliminées en partie. Donc 2-3 séances peuvent être nécessaires. C'est ce qui explique la longue durée du traitement chez 4 malades sur les 31 que nous avons observés : 47 jours,

60 jours, 103 jours et 6 mois (ces malades avaient de 63-74 ans). Chez 2, par contre, la guérison est survenue en 13 et 14 jours.

A cause de ces cas extrêmes, nous nous défendons de faire une moyenne générale qui ne refléterait qu'avec peu d'exactitude ce que peuvent rendre ces procédés des greffes qu'il faut considérer comme une excellente méthode de traitement dont les résultats compensent avantageusement la prolongation d'immobilisation qu'elle nécessite.

III. — *Le traitement ambulatoire.*

Ce traitement, s'il n'est pas apprécié par les malheureux à qui leurs ulcères assurent à l'hôpital le gîte et le couvert, est particulièrement indiqué chez les malades que des raisons matérielles empêchent de se soumettre à l'immobilisation; il leur permet de mener une vie normale et d'attendre la guérison en gagnant leur vie.

Le principe de la méthode est le suivant : combattre la stase veineuse, l'encombrement tissulaire après désinfection préalable de l'ulcère et du membre variqueux par la compression et la marche : la compression est réalisée par un pansement ou un bandage occlusif prenant la jambe des malléoles jusqu'au genou. Quant à la marche, elle a pour but d'aider à la circulation de retour par ses contractions musculaires rythmiques (comme le prouve l'épreuve du lien de Delbet et Mocquot) en dérivant vers le réseau profond le sang qui a tendance à stagner dans le réseau superficiel insuffisant. Désinfection, compression et marche sont à la base de tous les procédés anciens ou actuels que nous allons passer en revue, rapidement d'ailleurs, nous réservant de nous étendre sur la méthode ambulatoire telle que nous l'avons vu préconiser par le Professeur Petges.

PROCÉDÉS ANCIENS.

Procédé d'Underwood (1787). — Il consiste en pansements quotidiens avec des onguents dont la nature varie avec l'état de l'ulcère, et dans le port d'un bas lacé.

Procédé de Baynton (1797). — Baynton entourait la jambe de bandelettes de diachylon de 2 à 3 centimètres de large faisant une fois et demie le tour du membre, les extrémités se croisant sur l'ulcère. Le tout était recouvert de compresses pliées en plusieurs doubles et d'un bandage roulé embrassant le membre depuis les orteils jusqu'au genou. Cette méthode devait être modifiée. On remplaça le diachylon par l'emplâtre de Vigo et finalement on en vint à supprimer la partie la plus intéressante du traitement : la marche, pour mettre les malades au repos dans le décubitus horizontal.

Procédé de Unna (1882). — Cf. procédés actuels.

Procédé de Sacreste. — Il est décrit par son auteur dans le *Bulletin du Nord* de 1884. Il comporte avec une compression élastique du membre un traitement de l'ulcère par le peroxyde de zinc sous forme de poudres ou de pâtes, des applications de pommades à l'ichtyol et au soufre contre la dermo-épidermite et les lésions eczématiformes.

En matière d'ulcère variqueux il faut savoir se limiter et nous n'avons cité là que les principaux procédés ambulatoires, ceux qui ont servi de matrice; notre intention n'était pas de faire un historique sans intérêt, mais de montrer que la méthode ambulatoire est ancienne (elle était connue depuis longtemps par les Arabes), et que les procédés actuels ne sont que des réinventions à peine plus perfectionnées, ils emploient les mêmes éléments : pâtes au peroxyde et à l'oxyde de zinc, pommade à l'ichtyol. La compression élastique non plus n'est pas nouvelle : Henry Martin et Cusner, déjà, préconisaient une bande en caoutchouc et à son défaut la bande d'Esmarch.

PROCEDES ACTUELS

Procédé de la botte de Unna. — Il mérite malgré son ancienneté sa place parmi les procédés actuels, car il est encore des plus employés, souvent d'ailleurs sous d'autres dénominations que ne justifient pas de légères modifications de détail.

Unna, pour supprimer la stase dans le membre variqueux, entourait celui-ci de bandes de tarlatane imprégnées d'une colle de son invention, à la façon de bandes plâtrées lorsqu'on veut obtenir un appareil circulaire. Après un savonnage de la jambe, un dégraissage avec une solution faible de potasse et après avoir laissé pendant un quart d'heure au moins le membre en position déclive, il saupoudrait l'ulcère d'iodoforme et procédait à la confection de la botte.

Cette botte, on peut la faire de deux façons : enduire la jambe au pinceau de plusieurs couches de colle fondue et enrouler les bandes de tarlatane amidonnées, ou bien préparer ces bandes à l'avance en les faisant passer dans le mélange fondu au bain-marie. Ajoutons que, dans le commerce, des bandes sont vendues toutes prêtes dans une petite boîte métallique; il suffit, pour les utiliser, de les réchauffer suffisamment pour que la gélatine fonde en totalité et que leur manipulation devienne possible. L'appareil, ajusté mais non serré, doit exercer une compression régulière et uniforme.

La colle de Unna est composée de :

Oxyde de zinc	25 g.
Gélatine blanche	70 g.
Glycérine	50 g.
Eau distillée	100 g.

Nous ne donnons cette formule que pour fixer les idées, car on peut faire varier les proportions des divers composants. Beaucoup de médecins emploient avec de bons résul-

tats une colle de Unna modifiée dans le traitement de l'ulcère et dans les injections sclérosantes. De ces variantes, donnons simplement quelques indications : pour rendre le mélange plus siccatif, on peut ajouter de l'alcool (5-10 p. 100); pour en augmenter la porosité, du peroxyde de zinc, du dermatol, du talc, de l'amidon (5 p. 100); si on veut rendre la botte plus rigide, on peut incorporer au mélange de la gomme arabique (0,5 p. 100) ou du silicate de potasse (10 p. 100). Enfin, le borate de soude (10 p. 100) calmerait l'irritation qui peut se produire, de même le camphre et le menthol (1-2 p. 100) qui donnent une agréable sensation de fraîcheur.

On refait la botte quand le suintement l'a imbibée, quand elle n'est plus supportée ou quand la diminution de l'infiltration l'a rendue trop lâche. La première botte est changée au bout de 2-7 jours, les suivantes demeurent jusqu'à 15-20 jours. Les applications en sont poursuivies jusqu'à cicatrisation complète. 4-8 bottes sont nécessaires pour un ulcère de dimensions moyennes.

La botte de Unna, si elle arrive à guérir admirablement un ulcère, ne supprime pas les varices, et les récidives restent possibles; aussi certains pratiquent-ils à chaque renouvellement de botte des injections sclérosantes dans les trajets variqueux en vue d'une guérison définitive. Le plus souvent on peut obtenir une compression correcte et efficace avec une bande élastique dont l'emploi est plus commode; on n'aura recours à la botte que si l'on se trouve en présence d'une jambe éléphantiasique, boudinée, irrégulièrement infiltrée, dans ce cas seul la botte de Unna permet une compression régulière par la possibilité que l'on a de la modeler pendant son séchage. C'est à notre avis la seule indication où la technique compliquée de la botte, « méthode encombrante », dit Campredon, trouve une application logique.

Procédé de De Gaëteno. — Ce n'est ni plus ni moins que le vieux procédé de Baynton avec des bandelettes imbriquées de sparadrap adhésif.

Procédé de Dickson Wright. — Bandes circulaires d'emplâtre adhésif que l'on change tous les 8 jours; injections sclérosantes des varices apparentes.

Procédé d'Isaak. — Isaak panse l'ulcère avec une mince lame d'argent qui le déborde légèrement. On laisse en place 3-8 jours. L'argent favoriserait la formation du tissu de granulation. En même temps, injections sclérosantes des varices.

Procédé de Ledo Dunipe. — Lame de plomb sur l'ulcère, maintenue par un pansement exerçant une compression « égale et ferme » de la racine des orteils jusqu'au-dessous des genoux. Traitement des lésions de voisinage par une pommade à l'oxyde de zinc. Le pansement doit être quotidien. Dunipe obtiendrait ainsi 66 p. 100 de guérison dans le premier mois de traitement.

Ces procédés comportent tous des récidives et des insuccès; de plus, leur technique est compliquée. Ce sont là des inconvénients qui se trouvent réduits au minimum avec la méthode à l'élastoplate et la méthode dite de Bourggraff telles que les conseille M. le Professeur Petges.

A. — *Traitement à la bande élastoplastique.*

Ce traitement n'agit que par la contention et la suppression de la stase veineuse. Aucun principe médicamenteux ou désinfectant n'est à la base du produit appelé élastoplate : bande en tissu très souple, enduite sur une de ses faces d'un emplâtre adhésif recouvert de gaze qu'il faut enlever au moment de l'emploi. On enrôle la bande en spirale autour du membre après deux circulaires sur le dos du pied, 1-2 huit de chiffre autour des malléoles, chaque tour du pansement recouvrant les 2/3 du tour précédent.

C'est une méthode simple, d'application commode et facile, surtout utile pour traiter les petits ulcères au début non infectés et pour prévenir l'apparition ou la récurrence d'ulcères cicatrisés.

Si aucun suintement ne se produit, la bande peut être laissée en place 10-15 jours. La renouveler tous les 2-3 jours si on l'emploie pour les ulcères étendus et infectés.

B. — *Méthode dite de Bourgggraff.*

Cette méthode de traitement telle qu'elle a été étudiée et exposée par M. le Professeur Spillmann, de Nancy, et dans les travaux et publications de Florentin, Aubert, Bourgggraff, Campredon, etc., peut se résumer ainsi :

Nettoyer l'ulcère et son pourtour soigneusement avec des tampons de ouate imbibés d'éther. Si la plaie est infectée on prescrit des pansements humides à l'eau chloroformée saturée que l'on renouvelle plusieurs fois par jour pendant 24-48 heures. Lorsque l'ulcère est convenablement nettoyé on le saupoudre d'axyol, poudre noire qui dégage de l'iode naissant dont on cesse l'application dès que la surface de la plaie est couverte de bourgeons charnus. On comble ensuite la cavité de l'ulcère avec une épaisse couche de bioxyol : pâte blanche, de consistance ferme, à base de perhydrol zincique qui, au contact des sérosités de l'ulcère, amène un dégagement constant d'oxygène ozonisé.

Sur le pourtour de la plaie on étale en couronne une pâte de couleur brune, l'oxythyol, à base d'ichtyol et d'oxyde de zinc. On effectue un léger massage au travers d'une compresse, de façon à obtenir l'adhérence complète des pâtes et on applique quelques tours d'une bande de gaze (sans nœud ni épingle). Le tout est maintenu par une bande élastique de bonne qualité vendue dans le commerce sous le nom de « bande du praticien ». On enroule cette bande à la façon de bandes molletières, des malléoles jusqu'au creux poplité, en serrant modérément. Il est recommandé au malade de retirer la bande en se couchant et de la remettre le lendemain matin avant de poser le pied à terre. Afin de ne pas déranger le pansement, il est bon de faire porter pendant la nuit un bas ordinaire. Les pansements

sont renouvelés tous les 2 ou 3 jours. Pendant toute la durée du traitement, le malade devra marcher le plus possible — sans toutefois se fatiguer — et éviter la station debout dans l'immobilité. Continuer le port de la bande pendant un an au moins.

Tels sont résumés les différents temps du traitement sur lesquels il est insisté tout particulièrement par ceux qui l'emploient. (Professeur Spillmann, extrait du *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, janv. 1930.)

Souvent nous avons vu notre maître le Professeur Petges employer la méthode de Bourggraff telle que nous venons de l'exposer avec ses différentes préparations spécialisées et en obtenir les meilleurs résultats; mais à l'hôpital, où les spécialités ne sont de mise que dans les cas tout à fait particuliers, il a l'habitude d'employer avec des produits qui les suppléent (et qui ne réaliseraient pas en clientèle d'économie notable) une méthode calquée sur celle de Bourggraff et ainsi conçue :

1^o Asseoir ou coucher le malade, placer le membre en position déclive.

2^o Déterger l'ulcère avec des tampons imbibés d'éther (comme pour le renouvellement des pansements humides); il ne doit pas rester de traces des produits précédemment appliqués.

3^o Saupoudrer le fond de l'ulcère avec de l'iodure d'amidon pur (l'iodure d'amidon Lumière de préférence, préparation stable).

4^o Sur l'ulcération dont le fond doit être en entier recouvert d'iodure d'amidon, appliquer avec une spatule une couche épaisse de la pâte blanche, au peroxyde de zinc :

Amidon pulvérisé	20 g.
Peroxyde de zinc pulvérisé	30 g.
Kaolin pulvérisé	10 g.
Vaseline	} à à 20 g.
Lanoline	

5° Appliquer au pourtour de l'ulcère sur les régions infectées et atteintes de pyodermite une couche épaisse de la pâte, brune, à l'ichtyol et à l'oxyde de zinc :

Vaseline	100 g.
Oxyde de zinc pulvérisé	} aa 50 g.
Talc	
Ichtyol	5-10 g.

On peut faire varier la composition de cette pâte selon les lésions que l'on se propose de traiter. Les deux pâtes que comporte le traitement ont été réalisées par M. le Professeur Labat, pharmacien-chef de l'hôpital du Tondu, qui a bien voulu en établir les formules avec sa compétence habituelle.

6° Recouvrir de compresses de gaze, maintenues par une bande de gaze que l'on aura soin de ne pas trop serrer. Terminer le pansement par l'application d'une bande en tissu caoutchouté : circulaire sur le dos du pied, 1-2 huit de chiffre autour des malléoles; enrouler le reste de la bande à la façon de molletières en ayant soin de serrer sans cependant provoquer une sensation de gêne quelconque; fixer le chef supérieur avec une épingle de sûreté.

Pendant tout le temps du pansement, nous y revenons, le malade doit garder son membre en position déclive.

Le pansement terminé, il reste à recommander au malade de marcher, d'éviter la station debout dans l'immobilité, de lui indiquer comment enlever sa bande élastique le soir une fois au lit (le reste du pansement devant rester en place nuit et jour), comment la remettre correctement le matin avant le lever.

Le pansement est refait complètement tous les 2-3 jours et selon le même protocole. Cette indication du pansement rare ne date pas d'aujourd'hui. Ambroise Paré déjà recommandait de ne pas « déshabiller trop souvent les ulcères ». Si la cicatrisation est en bonne voie — apparition d'un liséré blanc sur le pourtour de l'ulcère, de bourgeons charnus

rouges dans le fond. — on peut cesser l'emploi de l'iodure d'amidon. Quand la cicatrisation est complète, on continue les applications de la pâte à l'ichtyol jusqu'à disparition de la dermite (ce qui n'a souvent lieu que longtemps après la guérison de l'ulcère : 1-2 mois).

La cicatrice que l'on obtient au bout d'un temps variable (4-8 semaines en général) est épaisse, souple, non adhérente aux plans sous-jacents. Comme on l'a remarqué depuis longtemps, cette cicatrice est meilleure que celle obtenue par l'immobilisation sans le concours de greffe. « Quand je traite un malade, dit Boyer dans un mémoire datant de 1840, en le laissant au lit, il se forme une cicatrice sur des parties immobiles; dès que le malade marche, les plans sous-jacents qui sont tous musculaires impriment à cette cicatrice des tiraillements qui la rompent au bout de peu de temps. Quand, au contraire, je traite un malade en le faisant marcher, la cicatrice se forme sur des parties qui se meuvent pendant sa formation, de sorte qu'elle n'est complète que lorsqu'elle peut résister aux mouvements imprimés. »

Cependant, il ne faut pas oublier que les récidives sont à craindre tant qu'on ne supprime pas les varices, aussi faut-il, pour combattre la stase veineuse, consolider la guérison et éviter les récidives, conseiller le port d'une bande élastique (la bande élastoplaste nous paraît être la plus commode à cet effet) ou du bas à varices tricoté.

C. — Résultats de la Méthode de Bourggraff.

Les effets du traitement se font, en général, sentir dès le 5^e ou 6^e pansement (quelquefois même à partir du 2^e et 3^e) : sédation de la douleur, diminution de la gêne, de la sensation de pesanteur; les malades, ceux surtout porteurs d'ulcères invétérés, se « sentent rajeunis ».

Mais quelle est la durée du traitement ? Aucun auteur, et à juste raison, ne donne de moyenne globale, elle ne serait qu'un reflet inexact de la réalité. Les ulcères sont trop dif-

férents les uns des autres; on ne peut guère tabler sur certains de leurs caractères (étendue, infection, ancienneté) qui pourraient permettre de les classer, car la plus déconcertante fantaisie préside parfois à leur cicatrisation : nous avons vu un ulcère de 3 centimètres et paraissant peu infecté nécessiter 2 mois de traitement; par contre, un ulcère sus-malléolaire, circonférentiel, étendu, infecté, guérir très facilement en 3 semaines; sans que l'activité du malade en ait été à aucun moment diminuée. D'autres fois, la cicatrisation prend un départ rapide et s'arrête, on ne sait pourquoi, alors qu'il ne lui reste qu'un tout petit effort à faire. On ne peut donc donner que des chiffres approximatifs, et pour fixer les idées :

Aubert donne 113 guérisons sur 114 cas traités, aucune récurrence parmi les malades ayant continué à porter la bande, 12 récurrences parmi les autres, 33 malades n'ont pu être suivis. La durée moyenne du traitement est environ de 4-6 semaines, 2 mois et plus pour les ulcères étendus :

Spillmann donne des résultats concordants : même durée moyenne, cas extrêmes observés : 17 jours pour un ulcère au début de 3 cm. $\times$ 3 cm. et 3 mois pour un ulcère de 10 cm. $\times$ 5 cm.

Campredon (20 observations) indique une durée de traitement allant de 2 semaines à 3 mois. La durée moyenne est autour de 4-8 semaines également.

Voici maintenant les résultats que nous avons observés sur 82 malades traités à l'Hôpital du Tondu par le professeur Pétges. Nous ne ferons pas davantage la moyenne globale du temps de traitement de tous les malades.

Sur 82 malades, 1 seul insuccès après un traitement poursuivi pendant 3 mois. (Ulcère de moyenne étendue datant de 3 ans dont la guérison fut ensuite obtenue en 18 jours par l'immobilisation, traitement de l'ulcère par la pâte au peroxyde de zinc et des lésions de pyodermite par le sulfate de cuivre.)

Les malades qui guérissent le plus rapidement sont ceux dont les ulcères ont été le mieux désinfectés par un traite-

ment préalable. L'immobilisation dans ce premier temps du traitement nous a toujours paru renforcer l'efficacité des pansements humides et accélérer la cicatrisation ultérieure. (Ulçère de 2 centimètres très infecté chez une malade de 72 ans, guéri en 16 jours de traitement de Bourggraff après 9 jours d'immobilisation, soit 25 jours en tout.)

20 p. 100 environ des malades qui ont été préparés à l'hôpital par l'immobilisation guérissent avec 6-7 pansements selon la méthode de Bourggraff (20 jours environ).

12-15 p. 100 environ dépassent 3 mois.

Pour le plus grand nombre, 1-2 mois sont nécessaires.

Récidives : Nous ne pouvons pas donner de résultats suffisamment éloignés. Sur 5 mois nous n'en avons constaté aucune chez les malades ayant continué à porter la bande. Nous évaluons à 15 p. 100 les récidives qui surviennent dans les 5 mois chez ceux qui n'observent pas cette précaution.

En outre de ces malades, les chômeurs en particulier, dont la situation sociale a nécessité impérieusement l'hospitalisation, un grand nombre de malades atteints d'ulcères variqueux ont été traités selon la méthode de Bourggraff à la consultation de la Clinique dermatologique par M. Petges, sans immobilisation ni hospitalisation, avec des résultats tout à fait satisfaisants, d'une rapidité qu'aucune autre méthode ne dépasse, les malades venant se faire panser à l'hôpital ou appliquant eux-mêmes les pansements.

M. Petges nous a signalé un certain nombre de cas dans lesquels la guérison est survenue en quelques mois ou en quelques semaines et contre toute atteinte. « Témoin ce berger landais âgé de 69 ans, porteur de volumineuses varices consécutives à une phlébite typhique survenue lors de son service militaire, atteint depuis des années d'un vaste ulcère, étendu de la partie inférieure du mollet à deux travers de doigt au-dessus des malléoles, couvrant les deux tiers de la jambe maigre et sèche, à peau sclérosée adhérente, faisant sur une largeur de trois travers de doigts le tour entier de cette jambe et qui a continué son travail soignant son trou-

peau dans le fumier, le guidant dans les bruyères et les marécages, la cicatrisation arrivant en 3 mois. Cette cicatrisation s'est maintenue pendant 2 ans grâce au port d'une bande en tissu élastique; une récurrence est survenue au printemps 1933, guérie en 3-4 semaines et sans que le travail de cet homme ait jamais été interrompu. »

Ce type d'observation est évidemment exceptionnel, mais le nombre de cas où sont guéris en quelques semaines de vastes ulcères chroniques — sur des membres atteints de volumineuses varices et de troubles trophiques importants — rentre désormais, pour M. Petges, dans le domaine de la clinique courante et des faits acquis.

IV. — *Aperçu synthétique du traitement.*

Nous voulons maintenant donner un aperçu synthétique de la façon dont il convient d'envisager le traitement :

1° Petit ulcère au début, peu infecté, ou menace d'ulcère : port d'une bande élastoplaste, après désinfection par les pansements humides durant quelques jours;

2° Ulcère moyen (5 centimètres) moyennement infecté : traitement ambulatoire : pansements humides répétés deux fois par jour à l'eau boratée oxygénée diluée au 1/5, jusqu'à détersion complète; ensuite pansement selon la méthode de Bourggraff;

3° Ulcère important très infecté, pyodermite et lésions de voisinage importantes :

Premier temps :

immobilisation;

pansements humides comme il a été indiqué;

détersion au double crayon.

Deuxième temps : Quand la détersion est obtenue, traitement ambulatoire (Bourggraff) et si pas de résultats : greffe de Reverdin ou d'Ollier-Thiersch.

4° Ulcère vaste, atone, bords calleux, ou nécrotique; membre présentant d'importants troubles trophiques et inflammatoires, et dont on pense qu'il ne peut faire les frais d'une cicatrisation :

- a) détersion : pansements humides et double crayon;
 - b) greffe d'Ollier-Thiersch en une ou plusieurs séances.
-

CONCLUSIONS

I. — Un ulcère variqueux est toujours provoqué, entretenu ou aggravé, par la stase veineuse due aux varices, et l'infection locale.

Les troubles trophiques du membre expliquent le caractère de chronicité de l'ulcère et favorisent cette infection locale.

La syphilis jouerait fréquemment un rôle bien que, dans les observations de la clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux, nous ne l'ayons trouvée irréfutablement en cause directe que dans 9 p. 100 des cas; mais la proportion des syphilitiques porteurs d'ulcères pouvait bien être supérieure à ce pourcentage sans que la syphilis ait directement provoqué les ulcères.

II. — Le traitement prophylactique de l'ulcère variqueux comporte un traitement préventif et curatif des varices et de la stase veineuse, par les moyens que nous avons exposés au chapitre II (opothérapie, cures thermales, bas à varices, etc). Il est difficile de déterminer exactement leur efficacité, mais leur valeur n'est pas niable, puisque l'ulcère est beaucoup plus fréquent chez les gens des classes pauvres qui ne peuvent se soumettre à cette thérapeutique.

La suppression radicale des varices, même après saphénectomie ou par la méthode des injections sclérosantes de Sicard, n'est pas une assurance formelle contre l'évolution et la récurrence des ulcères variqueux.

III. — Le moyen le plus sûr d'obtenir la cicatrisation d'un ulcère variqueux, est de le désinfecter par les pansements humides à l'eau boratée oxygénée, diluée au 1/3^e, renouvelés

deux fois par jour, et de le déterger par la vieille manœuvre du double crayon d'argent et de zinc. L'alitement, l'immobilisation favorisent la cicatrisation, et sont des adjuvants précieux.

IV. — Quand la détersion de l'ulcère est obtenue, il est prêt à la greffe ou au traitement ambulatoire :

a) *Grefte* : les procédés les plus simples sont ceux d'Ollier-Thiersch et de Reverdin; ils sont rapidement suivis de succès quand ils ont été appliqués avec la propreté chirurgicale;

b) *Le traitement ambulatoire* selon ses diverses modalités (méthode de Bourggraff, bande « elastoplate », bandes gélatinées, ou colle de Unna à l'oxyde de zinc) permet, dans la plupart des cas, d'obtenir la guérison rapide.

On doit, pour éviter les récidives, continuer le port de la bande en tissu élastique, ou de la bande en caoutchouc, ou des bas à varices.

V. — L'ulcère variqueux ne mérite pas la réputation d'incurabilité qui lui a été faite si on lui applique une thérapeutique rationnelle. Les insuccès sont, en effet, exceptionnels dans les cas que nous avons suivis à la clinique dermatologique du Professeur Petges.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES. — Les varices et leur traitement. Maloine, édit., Paris.
- ALGLAVE. — La résection totale précoce des varices essentielles superficielles des membres inférieurs. *Presse méd.*, 12 juin 1909, p. 425.
- ALGLAVE et RETTERER. — Modifications structurales des veines variqueuses. *Soc. biol.*, 1907, p. 373.
- ALLAINES (D') et ROSEAU. — Traitement des varices par ligature des troncs, associée aux injections sclérosantes. *Presse méd.*, 29 juin 1927.
- ALQUIER. — Appareil circulatoire et cellulite. *Journ. méd. et chir. prat.*, 25 déc. 1926.
- AMBARD et SCHMIDT. — Ulcères de jambe guéris par l'insuline. Réflexions. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol.*, 1925, n° 3, 18 janv., p. 55.
- De certains effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1925, p. 904.
- ARIAS (F.). — La sympathectomie dans les ulcères de jambe. *Bol. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos Aires*, 24 avril 1929, p. 56-59.
- AUBERT (L.). — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Thèse Nancy, 1930.
- AUDIER. — L'ulcère de jambe. *Marseille médical*, n° 17, 15 juin 1929, p. 815.
- BANCROFT (Fred. W.). — Veines variqueuses. Injections. *Ann. of Surgery*, 1929, p. 463.
- BARADULIN (G. I.). — Traitement des ulcères de jambe par la diathermie. *Vrach Gaz.*, 33, 31 mai 1929, p. 714-716.

- BARDON et MATHEY-CORNAT. — Sympathectomie et ulcère variqueux.
Lyon chirurgical, 1925, t. XX, p. 694-734.
- BARRAL (Ph.) et MORELON. — L'épreuve d'hyperglycémie provoquée chez les sujets non glycosuriques traités par l'insuline.
Congrès franç. de méd. Liège, 1930.
- BARTHELEMY. — Traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée.
Réunion dermatol. de Nancy, 1924, p. 25.
- BAZELIS. — Traitement des varices par les injections phlébo-sclérosantes. Thèse de Paris, 1924.
- BÉCURT. — Traitement des varices et des ulcères variqueux. *Clinique*, avril 1926.
- BELLE. — A propos du traitement d'un ulcère par la méthode ambulatoire. Soc. méd. et anatom.-clin. de Lille, 2 juin 1931.
- BETCHLE. — Contribution au traitement de l'ulcère de jambe.
Munch. Med. Wochenschr., 1925, n° 11.
- BILLET. — Ulcères variqueux géants traités et guéris par sympathectomie péritémorale. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 10 avril 1927.
- BIZARD, MARCERON et ROSENTHAL. — Ulcération de la jambe traitée et guérie par le bactériophage. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphil.*, nov. 1928, p. 720.
- BLANCHARD. — Le traitement des ulcères de jambe et des varices.
Rev. méd. de la Suisse romande, 1925, p. 155.
- BLASS (S.). — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux par les injections phlébo-sclérosantes. Résultats éloignés. Thèse Paris, 1931, n° 342.
- BONNET. — Traitement des varices par la potasse caustique. *Gaz. des hôp.*, 1839.
- BOUCHÈRE. — Application chirurgicale des courants de haute fréquence dans le traitement des ulcères variqueux. Thèse Montpellier, 1929.
- BOURGGRAFF (R.). — Contribution à l'étude de la relation des ulcères de jambes et des déficiences organiques. Thèse Paris, 1933, n° 490.

BROWN. — Traitement des ulcères variqueux par des injections intraveineuses de quinine. *Edinburgh Med. Journ.*, août 1928, p. 472-476.

BUISSON (Louis). — Traitement des ulcères chroniques de la jambe par la vaccinothérapie. Les Ateliers d'imprimerie L. Sève, Paris, 1929.

CAMPREDON. — Un traitement ambulatoire des ulcères de jambe. Thèse Montpellier, 1933, n° 54.

CADENAT. — Les ulcères de jambe. Comment envisager à l'heure actuelle leur traitement. *L'Hôpital*, mai 1926.

CANEVA. — Doppler's operation. *Rev. de Cir.*, mai 1930, p. 241.

CANNON et LOWENFISH. — Traitement par injections sclérosantes et pansements occlusifs à la gélatine (glycérine, gélatine). *Ann. de dermatol. et syphil.*, juin 1927, p. 647.

CARNETT. — Traitement des ulcères chroniques de jambe. *S. Clin. North America*, août 1928, p. 815-825.

CARO et RIORDAN. — Ulcère variqueux et eczéma. *Med. Clin. North Amer.*, nov. 1929, p. 729.

CASIGLIA. — Du traitement chirurgical des ulcères variqueux par résections sympathique et rino-nerveuse associées. Thèse Paris, 1927.

CHABANIER, LUMIÈRE et LEBERT. — De l'application locale de l'insuline dans le cas de plaies atones chez les diabétiques et les non diabétiques. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1925, t. XCV, p. 782-784.

CHAIX. — La dermite pigmentée et purpurique des membres inférieurs. Thèse Lyon, 1926.

CHASSAIGNAC. — Injections de perchlorure de fer dans les veines variqueuses. *Gaz. hebdomadaire*, Paris, 1853.

CHAVANON. — Traitement des ulcères variqueux. *Les Nouv. thérap.*, juin 1931.

CHRÉTIEN. — Contribution à l'étude des greffes cutanées, greffes de J. S. David. Thèse Strasbourg, 1922.

CIAMBELOTTI (E.). — Extraits testiculaires, leur action kératoplastique. *Arch. ital. di Dermat. et Sifilig. et Vener.*, févr. 1929, p. 205.

- Le traitement des ulcères variqueux. — *Il Dermosifiligrato*, sept. 1929, p. 205.
- CLAASSEN (H.-L.). — Diathermie dans le traitement des ulcères variqueux. *Journ. méd.*, avril 1927, p. 73-77.
- CLASEN. — Varices et ulcère variqueux. Traitement. *Med. Klin.*, 1923.
- COLEBROOK. — Comparaison du traitement des ulcères variqueux par les rayons ultra-violets et les pansements à la pâte de Unna. *The Lancet*, 5 mai 1928, p. 904-907.
- COLT (G. H.). — Traitement moderne de l'ulcère variqueux. Histoire de son évolution. *Brit. M. S.*, 22 sept. 1928, p. 525-528.
- COUDRAY. — Traitement des varices par injections sclérosantes. *Journ. méd.*, Paris, 25 oct. 1925.
- COURRIER. — Endocrinologie ovarienne. *Presse méd.*, 18 nov. 1931, p. 1688.
- DANEL et LAMBLIN. — A propos d'un traitement ambulatoire des ulcères variqueux. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 14 sept. 1930, p. 201.
- DANEL, LAMBLIN et DAVID. — A propos du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Soc. méd. et anatomo-chir. de Lille, séance du 13 juillet 1930.
- DAÏNOW. — Le traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée. *Ann. de dermatol. et syphil.*, mars 1930.
- Le traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine. *Ann. de dermatol. et syphil.*, 1930, p. 271.
- DARIER. — Précis de dermatologie, 1923.
- DELATER (G.). — Six propositions sur la pathogénie et le traitement des varices. *Monde méd.*, déc. 1925.
- Anatomie et physiologie des varices. L'insuffisance veineuse, terrain variqueux. *Journ. méd. de Paris*, 1^{er} févr. 1926.
- Guérison des varices et de leurs complications. Principe et application de la méthode des injections sclérosantes. *Méd. internat.*, mai-juillet 1927.
- Quelle est la valeur des arguments que l'on oppose au traitement des varices par les injections sclérosantes. *Lien médical*, n° 7, juillet 1929.

- DELATER et HÜGEL. — Insuffisance veineuse paroxystique douloureuse et déséquilibre endocrino-neuro-végétatif. *Presse méd.*, 7 mars 1931, p. 340.
- DELATER (G.). — Histo-physiologie des veines; fonction propulsive du muscle veineux. (Discussion du rapport Dubreuil à la réunion plénière de la Soc. anat. de Paris, oct. 1931.
- Les complications dystrophiques des maladies des veines : les eczémas, *Presse méd.*, 31 oct. 1931, p. 1591; les œdèmes, *Presse méd.*, 18 nov. 1931, p. 1690; les ulcères, *Presse méd.*, 9 déc. 1931.
- Les réflexes engendrés par une irritation veineuse. *Presse méd.*, 1932.
- DELATER (avec la collaboration de MM. HÜGEL, SAÏDMANN, DURAND, BOISLEARD, CHAILLY et SAUVÉ). — Les maladies des veines et leur traitement. Librairie Masson, 1932, 1 vol., 370 p.
- DELBET (Pierre). — Pathogénie des varices du membre inférieur. Congrès internat. de méd., Paris, 1900.
- Pathologie des veines. *Journ. méd. franç.*, sept. 1921.
- DELBET (Paul). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. *Presse méd.*, 13 oct. 1900.
- DELBET et MOCQUOT. — Varices du membre inférieur. *Ann. Clin. Chirurg.*, Prof. Delbet, Alcan, 1913.
- DELFINO. — La nouvelle chirurgie des artères et l'œuvre du professeur Leriche. *Bruxelles médical*, 9, 6 oct. 1929, p. 1373.
- DELMAS (E.). — Traitement des ulcérations chroniques par les pommades radioactives. *Bull. Soc. franç. de dermatol. et syphil.*, avril 1927, p. 229.
- DELOM (P.). — Sympathectomie périartérielle par agents chimiques. Thèse Paris, 1931, n° 517.
- DELORE. — Du traitement des varices par l'injection iodo-tannique et de son mécanisme. VIII^e Congrès franç. de chir., Lyon, 1894, p. 417.
- DEMONS. — Traitement chirurgical des varices superficielles du membre inférieur, 1904.

- DENIKER. — Chirurgie des varices et de leurs complications. *Journ. méd. franç.*, déc. 1926, p. 468-476.
- Comment traiter les ulcères de jambe? C. R. des Journées méd. de Paris, in *Revue méd. franç.*, févr. 1927.
- DESCOMPS. — Les méthodes opératoires dans le traitement des varices des membres inférieurs. *Monde médical*, 15 oct. 1926.
- DESGRANGES. — Liquide iodotannique et perchlorure de fer dans le traitement des varices. Soc. méd. Lyon, 1854.
- DESPLAS. — A propos de la sympathicectomie chimique. Soc. chirurg., 1931.
- DEVANE. — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. *The Lancet*, 22 oct. 1927, p. 864.
- DEVILLE. — Traitement des ulcères variqueux. *Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1930, p. 1000.
- DIEZ. — Varices et travail. Congrès Accidents travail, rapport, 1931.
- Résultats de l'excision dans le traitement de l'ulcère variqueux. *Polyclina* (Sez. Chir.), janv. 1932, p. 20-35.
- DONOVAN et WILSON. — Les rayons U.-V. dans le traitement de l'ulcère variqueux. *British Journ. Actino therapy*, mai 1928, p. 26.
- DORFELL. — Etude expérimentale et clinique sur le traitement oblitérant des varices. *Dermat. Zeitschr.*, avril 1931, p. 477.
- DRAGOS. — Ulcères chroniques de jambe traités par la méthode de Leriche. *Gaz. des hôp.*, 30 juill. 1930, p. 1104-1106.
- DREWITZ. — La valeur de l'acide sulfo-salicylique dans le traitement des ulcères de jambe. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1^{er} juin 1928, p. 1921.
- DUBREUILH. — Adaptation de la structure des parois veineuses aux conditions circulatoires locales. Rôle particulier de la musculature des veines. *Ann. Faculté franç. de méd. et de pharm. de Beyrouth*, mai 1932, p. 74-93.
- DUBREUILH et LACOSTE. — Histo-physiologie des parois artérielles et veineuses de l'homme. *Ann. d'anat. pathol.*, oct. 1931, p. 988-1041.

- DURANTE. — Neurotomie de la veine saphène interne associée à la sympathicectomie périartérielle. *Policlinico*, Sez. Chir., oct. 1927, p. 471.
- ECHÉVERRI. — Ulcère variqueux; état actuel de son traitement. *Semana med.*, 2, 10 oct. 1931, p. 1085-95.
- ECOT. — Sympathectomie périartérielle pour ulcère variqueux. Soc. de chir., 13 juillet 1921 (rapport de M. Proust).
- Sympathectomie périartérielle. Thèse Paris, 1922.
- EPSTEIN. — Structure des veines et des varices. *Virchow's Arch.*, CVIII, 1887, Heft, 1 et 2.
- ESTOR. — Méthodes chirurgicales dans le traitement de l'ulcère variqueux. *Arch. Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, juin 1929, p. 287-297.
- FAURE, BEAULIEU et LACROIX. — L'insuline et le traitement des ulcères de jambe. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1925, p. 892.
- FAYRE, COURTAMIN et MARTINE. — La dermite purpurique et pigmentée et les phlébites chroniques syphilitiques des membres inférieurs. Ulcères dits variqueux. *Lyon médical*, 3 févr. 1930.
- FECHT. — Traitement des varices et des ulcères variqueux par la siwalin. *Med. Welt.*, 21 mai 1927, p. 578.
- FERROGLIETTO. — Ulcère variqueux traité par les rayons ultra-violets. *Raggi ultraviolet*, 1, sept.-oct. 1928, p. 178-187.
- FILDERMANN. — Traitement des varices. Soc. méd. prat., 16 mai 1924.
- La toxémie variqueuse. Jouve, 1928.
- Les contre-indications des traitements phlébo-oblitérants. Soc. méd. Paris, 11 avril 1930.
- FISCHER (E.). — Traitement de l'ulcère variqueux par l'insuline. *Dermat. Wochschr.* 9 avril 1927, p. 491-495.
- FISCHER (F.). — Traitement de l'ulcère de jambe. *Rev. des Progrès thérap.*, n° 6, 1928, p. 173.
- FORESTIER. — Varices des membres inférieurs; traitement par les injections sclérosantes basé sur plus de 4.000 injections. *J. A. M. A.*, 90, 16 juin 1928, p. 1932-1936.

- FORMENTANO. — Traitement ambulatoire. *Policlinico*. (Sez. Prat.), 36, 20 mai 1929, p. 711.
- FOUQUET. — La thérapeutique au goût du jour : le traitement des ulcères de jambe. *Concours méd.* du 4 mai 1930, p. 1387.
- Un nouveau traitement des ulcères variqueux. *La Consult. Rev. clin. de méd. et chir.*, S. pec., oct.-nov. 1930, p. 197.
- Traitement des ulcères variqueux par la méthode du Dr Bourggraff. *Rev. de vulgarisation des sciences méd.*, nov. 1931.
- Traitement des ulcères variqueux par la méthode du Dr Bourggraff. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 11 déc. 1930, p. 1306-1310.
- FOURGUETTE. — Greffes de Reverdin par un procédé nouveau. Thèse Bordeaux, 1920.
- FUCHS. — Ulcères variqueux. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 29 nov. 1928, p. 1653-1657.
- GAËTANO (DE). — Mon traitement ambulatoire des ulcères variqueux. *Il Policlinico* (Sez. Prat.) In *Ann. de dermatol.*, 1930, p. 338; 28 janv. 1929, p. 113.
- GARGIULO. — Le traitement diathermique de l'ulcère variqueux. *Riforma medica*, 4 mai 1929.
- GATE et BARRAL (Ph.). — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe par l'insuline; à propos de 19 cas. *Presse méd.*, 1^{er} févr. 1930; *Journ. de méd. de Paris*, 24 avril 1930.
- A propos de l'insulinothérapie dans les ulcères de jambe. Constatations biologiques et considérations pathogéniques. XXI^e Congrès franç. de méd., Liège, 1930.
- GAUGIER. — Quelques remarques cliniques au sujet de l'étiologie des varices. Rôle des glandes génito-hypophysaires. *Presse méd.*, 17 nov. 1926.
- Rôle de l'hypophyse dans l'étiologie des varices, en particulier dans la grossesse. *Presse méd.*, 11 févr. 1931.
- Quel est le produit de choix pour la fibrose curative des varices. *Presse méd.*, 2 mai 1931.
- GELY et MAIGRE. — Traitement des varices par ligature des troncs associée aux injections sclérosantes. *Concours méd.*, nov. 1924.

- GIBSON et SOMERFORD (A.). — Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. *Brit. M. J.*, 9 juin 1928, p. 978.
- GOODMANN et KELLY (D. E.). — Sclérose des varicosités pour traiter l'eczéma et les ulcères des membres inférieurs. *Lm. Med.*, mai 191, p. 276.
- GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle.
- GRELLETY-BOSVIEL. — Etiologie et traitement des varices. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 sept. 1928.
- GRIES. — Effet de l'ionisation sur les ulcères chroniques. — *Arch. Physical Therapy*, août 1929, p. 335-341.
- GROSMAIRE. — Considérations sur les varices des membres inférieurs et leur traitement chirurgical. Thèse Nancy, 1899.
- GUILLERMET. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux par la méthode ambulatoire. Thèse Paris, 1920-1921.
- GRÜNFELD. — Les extraits parathyroïdiens dans le traitement des ulcères de jambe. *Med. Klin.*, 27, 5 juin 1931, p. 853.
- HARLTUNG. — L'ulcère chronique de jambe et son traitement. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1928, p. 583-592.
- HERY. — Quelques résultats obtenus par l'emploi de la botte gélatino-amidonnée dans le traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Thèse Paris, 1926, n° 137, et *Bull. gén. de thérapeutique*, 1926, p. 279.
- HESSE et SCHAACK. — Opération des varices par anastomose saphéno-fémorale. *Arch. f. Path. An.*, 1911.
- HIGGINGS et KITTEL. — Traitement des varices par le morrhuate de soude. *The Lancet*, janv. 1930.
- HOMANS. — Varices et ulcères variqueux. *New England J. Med.*, 1^{er} nov. 1928, p. 863-864.
- HOUZÉ DE L'AULNOIT. — Recherches anatom. et physiol. sur les valvules des veines. Thèse Paris, 1854.
- HÜGEL. — Nouvelle conception pathogénique des affections veineuses. *Orne médical*, n° 11, mai 1924.
- Thérapeutique des maladies des veines dans ses rapports avec la notion d'insuffisance veineuse progressive. *Soc. méd. prat.*, 3 juillet 1926.

- Les indications de la cure de Bagnoles-de-l'Orne. *Journal méd.*, Paris, 5 mai 1927.
- De la préparation aux cures thermales, à celle de Bagnoles en particulier. *Gaz. méd. Centre*, 13 août 1927.
- HÜGEL et DELATER. — L'insuffisance veineuse progressive. *Presse méd.*, 3 juin 1925.
- HUMBERT. — Traitement moderne des varices; injections et bandes gommées. Le François, 1930.
- HUMMEL et SALZMANN. — Les composés du strontium dans le traitement des ulcères de jambe. *Munch. Med. Wochenschr.*, 7 sept. 1928, p. 1553.
- ISAAK. — Traitement de l'ulcère de jambe par la lame d'argent. *Dermato. Wochenschr.*, 30 mai 1931, p. 807.
- JACQUET. — Essai de traitement des ulcères variqueux par des injections sclérosantes et la botte de Unna. 28 cas. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 26 avril 1929, p. 544.
- JANSION, CARROT et GERVAIS. — Phlébosclérose des varices par injections de glycérine diluée. *Soc. p. Dermatol.*, 8 févr. 1931.
- JEANNEL. — Résultats immédiats et éloignés des opérations sanglantes dans le traitement des varices des membres inférieurs. *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1910.
- JEANSELME. — Traitement des ulcères de jambe. *Médecine*, nov. 1926, p. 94-100.
- JENSEN. — Etude de 354 cas. *Ann. Surg.*, mai 1932, p. 738-745.
- JENTZER. — Injections phlébo-sclérosantes par la méthode de Sicard. *Congrès chir.*, 1925.
- KAZDA. — Indications du traitement par injections sclérosantes. *Wien. Med. Wochenschr.*, 25 mai 1929, p. 711-713.
- KERR. — Traitement d'ulcères de jambe par l'acide sulfurique sous forme de sulfox. *Munch. Med. Wochenschr.*, 9 mars 1928, p. 437.
- KMENT. — Résultats éloignés de l'opération de Bruning et Leriche. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1927, p. 140 et 220.
- LACROIX. — Une énigme pathologique : l'ulcère de jambe. *Rev. de vulgarisation des sciences méd.*, févr. 1929, p. 5.

- LANDT-YXIN. — Préparation d'argent colloïdal. Nouveau médicament pour l'ulcère de jambe. *Dermat. Wochenschr.*, 6 févr. 1932, p. 202.
- LAZZARINI. — L'opération de Doppler. *Gaz. d. Osp.*, 21 juillet 1929, p. 941-943.
- LECÈNE. — Discussion sur le rôle de la sympathectomie dans les ulcères de la jambe. *Soc. de chir.*, 5 mai 1926, *Paris méd.*, 12 mai 1926.
- LEDO, DUNPE (Ed.). — Le chlorhydrate d'acétylcholine dans le traitement des ulcères variqueux. *Actas dermo-sifiligraphicas*, nov. 1930, p. 119.
- Résultats du traitement des ulcères variqueux par la lame de plomb. *Actas dermo-sifiligraphicas*, mai 1931, p. 621.
- Traitement des ulcères de jambe. *Revista Clinica Castellana*, juin 1932, p. 325.
- LEFEBRE (Paul). — Contribution à l'étude du rôle des sécrétions internes dans la pathologie des varices. Thèse Paris, 1931, n° 546.
- LEFEVRE. — L'insulinothérapie dans les ulcères de jambe. Thèse Lyon, 1930-1931.
- LERICHE. — Des causes de la chronicité des ulcères de jambe et sur une méthode générale de traitement. *C. R. réunion dermat. de Strasbourg*, 1926, p. 278.
- De la stérilisation des plaies infectées et des ulcérations chroniques par la sympathectomie périartérielle. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 28 avril 1926, p. 471.
- Indications et résultats de la sympathectomie périartérielle dans la chirurgie des membres. XXXVI^e Congrès franç. de chir., in *Presse méd.*, 19 oct. 1927.
- Bons résultats obtenus par sympathectomie périartérielle combinée aux greffes dans l'ulcère de jambe. *Strasbourg méd.*, 20 avril 1928, p. 101.
- Indications et résultats de la sympathectomie. *Ann. Surg.*, sept. 1928, p. 449-469.
- LEVI. — Discussion sur la maladie variqueuse. *Soc. méd. Paris*, 25 févr. 1922.

- LIPPMANN. — Traitement des ulcères variqueux. *Deutsche Med. Wochenschr.*, 13 mai 1927, p. 839.
- LOEPER et BAUMANN. — La léiasthénie. *Presse méd.*, 7 sept. 1929, p. 1165-1167.
- LOUVEL. — Injection sclérosante et sympathectomie périveineuse. *Presse méd.*, 9 mai 1931, p. 676.
- LÖWENFELD. — Traitement des ulcères variqueux. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 28 oct. 1926, p. 1278.
- LUFF. — Investigations sur l'ulcère variqueux. *Brit. M. J.*, 22 déc. 1928, p. 1144-1146.
- MABILLE. — Méthode biométrique pour le diagnostic des états variqueux et le choix de leur traitement. *Presse méd.*, 11 sept. 1919.
- Mesure de la pression artérielle chez les variqueux. *Soc. path. comparée*, 14 juin 1924.
- MACHIU. — Technique de l'opération de Moreschi. — *Rev. de Méd. y Cir. de la Habana*, 28 nov. 1930, p. 802-804.
- MAIGNON, GRANDCLAUDE et LAMBLET (M.). — De l'emploi des injections de glycérine dans le traitement des varices par la méthode sclérosante. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 17 mars 1931, p. 464.
- MAISON. — Traitement des ulcères variqueux. *Gaz. méd. France*, 1^{er} févr. 1932, p. 101.
- MARANON et FERRERO. — Résultats du traitement des ulcères variqueux par les injections de sucs testiculaires, *Rev. med. de Barcelona*, sept. 1927, p. 285-287.
- MASSOT. — Diagnostic des ulcères de jambe. Conséquences thérapeutiques, *Gaz. méd. de France*, 1^{er} oct. 1930, p. 480.
- MATHEY-CORNAT. — Chirurgie du sympathique périartériel des membres.
- MAURY. — Pansement de marche pour ulcères variqueux, *Prat. méd. franç.* sept. 1928, n° 9 bis, 7, p. 343.
- MEISEN. — Un traitement des veines variqueuses et de leurs complications par les injections sclérosantes basé sur 500 cas, *Acta chir. Scand.*, 17 nov. 1927.

- MEISSNER. — La méthode de Nussbaum dans les ulcères des membres inférieurs. *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 12 févr. 1932, p. 248.
- MEYER. — Traitement des ulcères phlébitiques. *Munch. Med. Wochenschr.*, avril 1932, p. 551.
- MEYER et WEILL SPIRE. — Traitement des ulcères variqueux et non variqueux. *Journ. de méd. et de Chir. Prat.*, 25 janv. 1926.
- MIBELLI. — Sur l'emploi d'extrait de ratanhia en dermatologie. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1929, p. 887.
- MONTPELLIER et LACROIX. — Injections intravariqueuses de biiodure de mercure. *Presse Med.*, mars 1924.
- MUNOT. — Méthode compressive dans le traitement des ulcères. *Arch. prov. méd.*, vol. 2, 1900, p. 485.
- NASAROFF. — Traitement de l'ulcère de jambe (badigeonnage des parois de l'artère fémorale avec de l'alcool à 80°) *Klin. j. Saratov. Univ.*, janv. 1928, p. 25-33.
- NATHAN et MUNCK. — Effets locaux de l'insulinothérapie sur les ulcères. *Klin. Wochenschr.*, 1927, p. 1747.
- NERVELL. — Traitement des varices et des ulcères variqueux par des injections sclérosantes et la botte de Unna (pâte à l'oxyde de zinc). *Tennessee M. A.*, oct. 1931, p. 363-370.
- NEUMARK. — Le traitement insulinié de quelques dermatoses. *Dermat. Wochenschr.*, 21 avril 1928.
- NOBL et REMENOWSKY. — Nouvelle méthode d'oblitération des varices. *Wiener. Klin. Wochenschr.*, 1924.
- Les relations de l'état variqueux avec l'appareil locomoteur; pied plat, *Ibid.*, 20 août 1925.
- NOBL. — L'oblitération des varices par le calorose, sucre concentré. *Sonder abd. ans der Wr. Kl. Woch.*, 1926, n° 42.
- Les nouveaux traitements de l'ulcère variqueux. *Ibid.*, 1931, n° 46.
- OCHSNER. — Traitement des varices et des ulcères variqueux. *Illinois M. J.*, mars 1928, p. 175.
- OTT. — Traitement mixte. *Riforma Med.*, 8 juin 1929, p. 789.
- PASTOR. — La méthode de Baynton. *Rev. de Santé milit.*, 15 août 1926, p. 233.

- PAUTRIER, AMBARD, SCHMIDT et SALMON. — Ulcère de jambe chez une glycémique traitée par l'insuline. *C. R. Dermato de Strasbourg*, 1924, p. 141, in *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*
- PAUTRIER, AMBARD, SCHMIDT et LÉVY. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une hyperglycémique sans glycosurie, et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie normale, *Ibid.*, 1925, p. 52.
- Ulcération atone guérie par l'insuline chez une malade à glycémie normale. *Ibid.*, 1925, p. 73.
- PAUTRIER, SCHMIDT et RÔBERT. — Guérison d'un ulcère de jambe chez une malade à glycémie normale par le pansement local à l'insuline en poudre. *Ibid.*, 1925, p. 132.
- PAUTRIER, SCHMIDT et Mlle ULLMO. — Ulcères de jambe chez des malades non glycémiques guéris par l'insuline employée en pommade. *Ibid.*, 1926, p. 544.
- PAUTRIER et Mlle ULLMO. — Ulcère de jambe datant de quatorze ans, guéri en 20 jours par pommade à l'insuline. *Ibid.*, 1926, p. 306.
- PAYAU et GIRAUD. — Tension veineuse et tests endocriniens, *Soc. biol. de Marseille*, 23 mai 1929.
- PAYNÉ. — Traitement ambulatoire : réactions, complications et résultats. *The Lancet*, 16 juin 1928, p. 1240-1241.
- PEILLON. — Cure thermique et injections sclérosantes des varices. *Ann. Soc. hydrol.*, Paris, nov. 1928.
- PÉLISSIER. — A propos du traitement de l'ulcère variqueux par certains agents physiques. *Echo médic. des Cévennes*, févr. 1928.
- PELLEGRINI et S. GARELIK. — Traitement des ulcères torpides avec des extraits d'organes. *Dia Ded.*, 9 nov. 1931, p. 321.
- PENANT. — Curetage et greffes dermo-épidermiques. Thèse de Paris, 1927, n° 452.
- PENNOYER (Gr. P.). — Traitement des varices par les injections. *Annals of Surgery*, 1929, p. 416.
- Cure de gros ulcères variqueux par l'excision et greffe cutanée, *Ibid.*, 1932, p. 285.

- PERUTZ. — Varices et ulcères variqueux. *Wien. Med. Woch.*, LXXVI, 1926, p. 398, 460, 491.
- PHEETERS (Mac). — Etat actuel du traitement par les injections sclérosantes. *Long Island M. J.*, sept., 1929, p. 547-553.
- Causes des échecs dans le traitement des varices par les injections sclérosantes. *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 4 avril 1931, p. 1114.
- PINEYRO. — Traitement chirurgical des varices. Thèse de Paris, 1924.
- POLAC. — Contribution à l'étude du traitement des varices volumineuses du membre inférieur. Thèse de Paris, 1930.
- POTTS. — Oblitération chimique des varices. *Annals of Surgery*, 1930, p. 475.
- PRETZSCH. — Bandage compréssif dans le traitement de l'ulcère variqueux. *Münch. Med. Wochenschr.*, 19 oct. 1928, p. 1799.
- PUTNAM. — Radiant heat and light in leg ulcers and allied conditions. *Arch. Physical Therapy*, mars 1928, p. 112.
- QUÉNU. — Lésions des artères et des nerfs dans les varices. *Rev. chir.*, 1882.
- QUESADA. — Actino thérapie et ambrine (pansements à la paraffine). *Rev. Med. Cubana*, nov. 1929, p. 1431-1434.
- QUISERNE. — La maladie variqueuse. Soc. méd. Paris, 25 févr. 1922.
- Maladies des veines et cures thermales. *Journ. de méd. franç.*, sept. 1921).
- Le traitement médical des varices. *Journ. méd. et chir. prat.*, 1922.
- L'opothérapie dans le traitement des varices. *Méd. prat.*, 1923.
- Physiologie pathologique des troubles aigus et chroniques des veines; leur traitement à Bagnoles. *Gaz. méd. de France*, 1929.
- Le pancréas dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. *Vie méd.*, 10 juin 1930.
- QUISERNE. — Thérapeutique pathologique nouvelle de la maladie variqueuse et des séquelles postphlébitiques. *Vie méd.*, 20 juin 1931.

- RENAUD. — Sur le traitement des plaies ulcérées par les savons. *Journ. de médec. de Paris*, 7 mai 1931, p. 427.
- REMY. — Traité des varices des membres inférieurs. 1901.
- ROCHARD. — Glucose et phlébo-sclérose des varices. *Monde méd.*, 1^{er} févr. 1931.
- ROCHER. — Résection de 41 cm. de saphène interne pour ulcères variqueux de la jambe. Cicatrisation rapide de ceux-ci. Soc. anat. et phys. de Bordeaux, 17 sept. 1904.
- ROCHET. — Traitement en deux temps des ulcères de jambe. *Information médicale*, 1^{er} 1927.
- ROEDEL. — « Ulcerex », une nouvelle poudre pour traiter les ulcères et les eczémas variqueux. *Med. Klin.*, déc. 1927, p. 1845.
- ROUSSET. — Méthode ambulatoire de Bourggraff. *Ann. de méd. prat. de Lyon et du Sud-Est*, avril 1932, p. 79.
- SABLAN. — Contribution à l'étude du traitement des ulcérations chroniques du membre inférieur. Thèse de Paris, 1930.
- SABRAZÈS. — Anatomie pathologique et pathogénique des varices. *Presse therm. et clin.*, 1^{er} juin 1927.
- SACRESTE. — Traitement des ulcères variqueux par la compression élastique. *Bull. du Nord*, 1884.
- SANTY. — Guérison d'une ulcération chronique de la jambe par greffe cutanée. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1929, p. 456.
- SCHIASSI. — La cure des varices du membre inférieur par l'injection intraveineuse d'une solution d'iode. *Semaine méd.*, 16 déc. 1908, p. 601.
- Traitement moderne italien. *Atti di Soc. Lomb. di Sc. Med. et Biol.*, mai-juin 1928, p. 169-206.
- SCHILLER (A.-E.). — Ulcères de jambe. Leur traitement par les rayons ultra-violet. *Arch. physical therapy.*, févr. 1927, p. 61.
- SCHREUS. — Emploi de pansements à l'oxyde de zinc dans le traitement de l'ulcère des membres inférieurs. *Munch. Med. Wochenschr.*, 18 sept. 1931, p. 1604.
- SELLIE (J.). — Traitement de l'ulcère de jambe. *Dermat. Woch.*, 21 févr. 1931, p. 277.
- SHANDS. — La méthode de Wright dans le traitement des ulcères chroniques de jambe. *South Surgeon*, avril 1932, p. 51.

- SHUGG. — Ulcère variqueux. *M. J. Australia*, 26 janv. 1929, p. 106.
- SICARD et GANGIER. — Traitement des varices par la méthode sclérosante. *Presse méd.*, 2 juin 1926, p. 689-693.
- Traitement des varices. Masson, 1927.
- SMESTER. — Guérison des ulcères variqueux grâce aux pansements par occlusions. *Bull. et mém. de la Soc. méd. de Paris*, n° 12, séance du 17 juin 1931, p. 441.
- Traitement des ulcères variqueux, *J. de méd. de Paris*, 28 janv. 1932, p. 72.
- SOOY. — Ulcère chronique de jambe; 300 cas traités avec un bandage à la pâte de Unna modifiée. *A. M. A.*, 6 avril 1929, p. 1137.
- SPILLMANN et AUBERT. — *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syph.*, 1^{er} janv. 1930.
- STAIN. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux. Thèse de Paris, 1926, n° 520.
- STEBBING. — *The Lancet*, 23 avril 1927, p. 886.
- STONER. — Ulcère variqueux : Symptomatologie, étiologie, pathologie, traitement. *J. Missouri*, avril 1930, p. 161.
- SUTTON. — Traitement des varices de la jambe par les méthodes chimiques. *New. Y. State J. Med.*, 1^{er} nov. 1929, p. 1319-1323.
- SZANDIEZ. — La diathermie dans l'ulcère de jambe. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 4 mars 1932, p. 300-306.
- TEPHANY. — La thérapeutique phlébo-sclérosante. Les indications et contre-indications de sa technique. *Marseille médical*, 1931, n° 1, p. 443-463.
- TEASLEY. — Traitement de l'ulcère variqueux. *S. M. A. Georgia*, nov. 1928, p. 506.
- Les excellents résultats de la vaccinothérapie sur l'évolution des ulcères variqueux. Soc. de méd. des hôp. de Paris, 9 juillet 1926.
- TIXIER. — Les greffes dermo-épidermiques dans le traitement des ulcères chroniques de jambe. *Monde Médical*, 1^{er} avril 1926.
- TIXIER et BIZE. — Ulcères variqueux. Soc. Méd. des hôp., Paris, 2 juillet 1926.

- THOMTON. — Ulcère variqueux. *S. M. A. South Africa*, 8 juin 1929, p. 308.
- TOURNAY. — Les varices. Maloine, 1927.
- Varices et injections sclérosantes. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 10 sept. 1928.
 - Traitement ambulatoire des ulcères variqueux. *Journ. de méd. de Paris*, 2 juillet 1931, p. 603.
 - De la supériorité du point de vue plastique et esthétique des cures ambulatoires dans le traitement des ulcères variqueux. *Le Lien médical*, févr. 1932; *Rev. de chir. plastique*, janv. 1932.
- TRENDELENBURG. — Ligature de la saphène interne dans les varices de la jambe. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1885, t. VII.
- TROISIER. — Cure des varices par injections de citrate de soude concentré. *Soc. méd. hôp.*, mai 1924.
- TROUT. — Ulcère variqueux et blocage lymphatique; un nouveau principe de traitement. *Arch. of Surg.*, juin 1929, p. 2281-2303.
- TUNICK et KLING. — Nouvelle méthode de traiter les ulcères chroniques de jambe. *Am. J. Surg.*, sept. 1931, p. 524.
- TREDEGAARD. — L'ulcère de jambe et son traitement. *Uges K. Hægen*, 10 mars 1932, p. 256-259.
- UMANSKI. — Traitement de l'ulcère chronique de jambe. *Brit. M. J.*, 14 mai 1932, p. 885.
- VACHERON. — Traitement sclérosant des varices. Table spéciale. *Presse méd.*, 15 déc. 1928.
- VAIL. — Traitement des ulcères. *M. J. et Rec.*, 16 mars 1932, p. 135-295.
- VALETTE. — Injections phlébo-sclérosantes dans les varices des anciens phlébitiques. Thèse Paris, 1930.
- VARTANIAN. — Traitement des ulcères variqueux par la méthode de Unna. Thèse de Paris, 1909-1910.
- VERNEUIL. — Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. *C. R. Acad. de méd.*, 14 août 1855.
- VERNY. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. Thèse de Paris, 1925.

- VERNY. — Le traitement en deux temps des ulcères de jambe. *Inf. méd.* 1^{er} déc. 1927.
- Un nouveau traitement des plaies variqueuses. *Le pharmacien*, 1^{er} août 1928, p. 23.
- VIGNES. — A propos de certaines circonstances qui accompagnent les varices chez la femme en état de gestation. *Progrès méd.* 1^{er} déc. 1927.
- VILLARET et J. BESANÇON. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'acétylcholine. *Presse méd.*, 21 nov. 1928.
- Effets thérapeutiques de l'acétylcholine. *Ibid.*, 12 mai 1928.
- L'Acétylcholine. Les effets pharmacodynamiques et physiologiques. *Paris médical*, 1928.
- VILLARET et SAINT-GIRONS. — Acrocyanose des jeunes femmes. Hypertension veineuse et insuffisance ovarienne. *Arch. méd. Enfants*, févr. 1929.
- WANCHOPPE. — Rayons ultra-violet dans le traitement des ulcérations chroniques. *The Lancet*, 23 juin 1927, p. 1345.
- WEINBRENN. — Les rayons ultra-violet dans l'ulcère variqueux. *Brit. J. Actinotherapy*, juin 1928, p. 50.
- WISCHNEWSKY. — L'ulcère chronique trophique. *Arch. f. Klin. chir.*, 1929, p. 193-247.
- WOLTMANN. — La lymphatectomie dans l'ulcère trophique. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 2 sept. 1931, p. 519-523.
- WRIGHT, A. DICKSON. — *Proced. of the Royal Soc. of Méd.*, vol. XXIII, n° 3, mai 1930, p. 1032.
- Traitement des ulcères variqueux. *Brit. M. J.*, 13 déc. 1930, p. 996.
- Traitement de l'ulcère chronique de jambe. *Brit. J. Phys. Med.*, juin 1931, p. 51.
- Ulcères variqueux. *Brit. M. J.*, 16 sept. 1931, p. 561-565.
- Traitement des varices et des ulcères variqueux. *North-West Med.*, déc. 1931, p. 532-536.
- WYMES. — Traitement par la chirurgie ou les injections ? *Chirurg.*, 1^{er} mars 1932, p. 169.
- YOUNG. — Traitement des ulcères de jambes avec du sulfate de magnésie. *The Lancet*, 11 mai 1929, p. 976.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Étiologie, pathogénie et causes de la chronicité de l'ulcère variqueux</i>	11
I. Étiologie et pathogénie	11
II. Causes de sa chronicité	16
CHAPITRE II. — <i>Traitement prophylactique de l'ulcère variqueux basé sur l'étiologie et la pathogénie</i>	19
I. Médicaments vaso-constricteurs et léiotoniques	20
II. L'opothérapie	21
III. Cures thermales	22
CHAPITRE III. — <i>Recherche d'un traitement rationnel de l'ulcère variqueux</i>	26
I. Désinfection. Détersion	26
II. Les greffes	28
III. Le traitement ambulatoire	30
Procédés anciens	31
Procédés actuels	32
A. Traitement à la bande élastoplastique	34
R. Méthode dite de Bourggraff	35
C. Résultats de la méthode de Bourggraff	38
IV. Aperçu synthétique du traitement	41
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

